КЛИНИЧЕСКІЯ ЛЕКЦІИ

Профессора Г. А. Захарьина.



ИЗДАНІЕ ВТОРОЕ.

Выпускъ 1-й.

Введеніе въ клиническія занятія (3 лекціи).

Прибавленія: 1. О кровеизвлеченіи. 2. Lues сердца съ клинической стороны. Дополненія. 3. Каломель при гипертрофическомъ циррозѣ печени и вообще въ терапіи. Дополненіе. 4. Dr. Н. Ѳ. Голубова: Лѣченіе каломелемъ въ настоящее время.



МОСКВА.

1891.

КЛИНИЧЕСКІЯ ЛЕКЦІИ.

СОДЕРЖАНІЕ.

Введеніе въ клиническія занятія 3

Значеніе клиники въ дѣлѣ врачебнаго образованія . . . —

Мѣсто клиники въ ходѣ врачебнаго образованія 4

Вліяніе клиническихъ занятій на процессъ врачебнаго образованія . . . . —

Необходимыя качества клиническаго преподаванія 5

Различные виды клиникъ 6

Клиническія занятія 10

Изслѣдованіе больнаго 11

Распознаваніе 26

Предсказаніе 27

Лѣченіе 31

Наблюденіе теченія болѣзни 36

Пополненіе пробѣловъ въ свѣдѣніяхъ слушателей 37

О вскрытіяхъ 38

Значеніе клиники въ медицинѣ какъ въ наукѣ 39

О взаимной дѣятельности клиническаго профессора, ординаторовъ клиники и слушателей . . . . —

Прибавленія:

1. О кровеизвлеченіи 49

Къ исторіи кровеизвлеченія . . . . —

Настоящее положеніе практики кровеизвлеченій 50

Практика кровеизвлеченій автора 53

Опорожняющія кровеизвлеченія 54

Кровопусканіе. Общее показаніе . . . . —

При разстройствахъ головнаго кровообращенія . . . —

При разстройствахъ груднаго кровообращенія 56

Банки съ насѣчками и піявки 57

Отвлекающее кровеизвлеченіе 60
О геморроѣ . . . . —
Кровеизвлеченіе съ цѣлью отвлеченія 63
Показанія къ нему 66
Въ области головы. . . . . —
Въ области позвоночника 68
Въ области груди 69
Въ области живота. 70
При болѣзняхъ recti et ani 71
Методъ отвлекающаго кровеизвлеченія . . . . . —
2. Lues сердца съ клинической стороны 77
Дополненія. 90
3. Каломель при гипертрофическомъ циррозѣ печени и вообще въ терапіи 99
Дополненіе. 127
4. Dr. Н. Ѳ. Голубова. Лѣченіе каломелемъ въ настоящее время 135

Настоящій выпускъ не только не нуждается въ предисловіи, но **Введеніе въ клиническія занятія** само можетъ быть разсматриваемо какъ подробное предисловіе къ клиническимъ лекціямъ. Впрочемъ въ предисловіи ко 2-му выпуску, съ котораго собственно начинаются послѣднія, объяснено, какъ я понимаю значеніе печатныхъ клиническихъ лекцій.

Прибавленія не представляютъ клиническихъ лекцій, но, будучи результатомъ клиническаго и внѣклиническаго врачебнаго наблюденія, конечно могутъ быть издаваемы вмѣстѣ съ послѣдними.

Г. Захарьинъ.

Январь 1891.

ВВЕДЕНІЕ

ВЪ КЛИНИЧЕСКІЯ ЗАНЯТІЯ.

ВВЕДЕНІЕ
ВЪ КЛИНИЧЕСКІЯ ЗАНЯТІЯ.

(3 ЛЕКЦІИ).

Мм. Гг.!

Прежде чѣмъ начать клиническія занятія, необходимо объяснить, что такое клиника, ея значеніе въ дѣлѣ врачебнаго образованія и въ медицинѣ, какъ въ наукѣ. Такое объясненіе—по преимуществу моя обязанность, обязанность преподавателя факультетской терапевтической клиники, которая, какъ увидимъ ниже, есть первая полная и притомъ общая, не спеціальная клиника, которую вамъ приходится посѣщать, слѣдовательно—первая клиническая школа.

Значеніе клиники въ дѣлѣ врачебнаго образованія. Вы хотите быть врачами, т.-е. хотите научиться умѣнью лѣчить и предотвращать болѣзни. Такое умѣнье невозможно безъ знанія болѣзней и лѣчебныхъ средствъ. Болѣзни нельзя знать, не зная здороваго состоянія. Поэтому ходъ врачебнаго образованія таковъ: сначала изученіе здороваго состоянія (анатомія и физіологія), а потомъ болѣзней, ихъ лѣченія и лѣкарствъ (общая и частная патологія и терапія съ фармакологіей). До настоящаго времени вы занимались изученіемъ названныхъ на-

укъ; теперь, по порядку, слѣдуетъ знакомство съ болѣзнями и ихъ лѣченіемъ въ дѣйствительности: этой потребности врачебнаго образованія удовлетворяетъ клиника*), т.-е. клиническое преподаваніе, клиническія занятія.

Какъ дѣйствуютъ клиническія занятія или вообще наблюденіе и лѣченіе больныхъ, хотя бы и внѣ клиники, на процессъ врачебнаго образованія?—Свѣдѣнія, съ которыми учащійся вступаетъ въ клинику, обнимаютъ всѣ возможности больной жизни, всѣ возможности врачебнаго дѣйствія, но не въ реальномъ, а въ отвлеченномъ видѣ; притомъ эти свѣдѣнія равномѣрно покоятся въ сознаніи учащагося: нѣтъ достаточно сильнаго повода для того, чтобы одни изъ нихъ выступали болѣе другихъ. Въ клиникѣ, въ практической дѣятельности вообще, явленія больной жизни и поводы къ врачебному дѣйствію, также какъ и самое дѣйствіе, представляются не въ отвлеченныхъ изображеніяхъ, а во всѣхъ условіяхъ даннаго случая; представляются одному врачу въ меньшемъ, другому въ большемъ числѣ, но конечно никому—въ такомъ разнообразіи и обиліи, которыя истощали бы всѣ возможности, указываемыя патологіей и терапіей. Подъ такимъ вліяніемъ клиники или практической дѣятельности вообще одни врачебныя свѣдѣнія выступаютъ въ сознаніи на передній планъ, другія отступаютъ; при чемъ эти свѣдѣнія группируются иначе, чѣмъ при систематическомъ изученіи патологіи и терапіи: при послѣднемъ преобладаютъ этіологическая и анатомо-патологическая точ-

*) Слово *клиника* происходитъ отъ греческаго κλίνη (кровать, въ данномъ случаѣ—одръ больнаго) и означаетъ больницу, устроенную съ учебною цѣлью.

ки зрѣнія, а при клиническихъ и вообще практическихъ занятіяхъ—діагностическая и тарапевтическая; систематическое изложеніе идетъ отъ опредѣленія болѣзни къ изображенію ея картины, а клиника — отъ встрѣченной картины болѣзни къ опредѣленію послѣдней. Этимъ переворотомъ образуется практическій дѣятель, знакомый съ дѣйствительнымъ образомъ болѣзней и вліяніемъ на него врачебныхъ средствъ, умѣющій правильно цѣнить степень силы болѣзненныхъ явленій и степень дѣйствія лѣкарствъ, способный и привыкшій быстро сосредоточиваться на двухъ ближайшихъ предметахъ практической врачебной дѣятельности: распознаваніи и лѣченіи болѣзней. Но съ другой стороны этотъ же переворотъ можетъ быть, понятнымъ образомъ, зародышемъ будущаго рутиннаго направленія врачебной дѣятельности.

При такомъ вліяніи клинической и вообще практической дѣятельности, при возможности двухъ названныхъ результатовъ ея, желаннаго и нежеланнаго, какія цѣли должно преслѣдовать клиническое преподаваніе?—Чтобы слушатели дѣлались практическими дѣятелями какъ можно скорѣе и какъ можно совершеннѣе, преподаватель долженъ заботиться объ усвоеніи ими *методическаго*, т.-е. правильнаго, по обдуманному порядку, образа клиническихъ занятій, т.-е. врачебной дѣятельности—во избѣжаніе неправильнаго. Чтобы предотвратить впаденіе въ рутину, онъ долженъ указывать на всѣ особенности встрѣчающихся случаевъ, — *индивидуализировать*. Конечно, усвоеніе будущимъ врачемъ метода и навыка къ индивидуализированію требуетъ времени, такъ что вначалѣ дѣло идетъ медленно; но разъ названныя качества усвоены, оно идетъ

несравненно скорѣе и успѣшнѣе чѣмъ у того, кто не владѣетъ ими. Это усвоеніе слушателями метода и умѣнья индивидуализировать должно быть главною цѣлью преподавателя, а не стремленіе, обращая клинику въ калейдоскопъ, показать,—въ теченіе даннаго времени,—всегда краткаго,—*всё*,—всѣ болѣзни даннаго отдѣла патологіи, во всевозможныхъ оттѣнкахъ, комбинаціяхъ и условіяхъ. *Всё* показать ни въ одинъ учебный годъ, ни въ десять лѣтъ невозможно; а преслѣдованіе невозможной цѣли, понятно, не имѣетъ смысла. Кто усвоилъ методъ и навыкъ индивидуализировать, тотъ найдется и во всякомъ новомъ для него случаѣ,—случаѣ, представляющемъ невиданныя прежде особенности; а такихъ новыхъ случаевъ всегда довольно даже и для самыхъ опытныхъ врачей и несравненно болѣе для начинающихъ: такова особенность врачебной, какъ и всякой другой, „*практики*“, т.-е. дѣятельности въ реальныхъ условіяхъ,—условіяхъ дѣйствительности. Конечно, преподаватель долженъ стараться представить слушателямъ главныя болѣзненныя формы, типическіе случаи по всѣмъ отдѣламъ той области патологіи, которой назначена данная клиника.

Клиники, сообразно съ ихъ цѣлью, бываютъ различныхъ видовъ.

А. Виды клиникъ по постепенности врачебнаго образованія: 1. *Пропедевтическая клиника* есть собственно практическая семіотика, т.-е. ознакомленіе слушателей съ признаками болѣзней и группами признаковъ въ дѣйствительности. Преподаватель, отдавая назначенное ему время этому дѣлу, не можетъ вести полныхъ клиническихъ занятій, т.-е. полнаго изслѣдованія, распознаванія, предсказанія, наз-

наченія лѣченія и наблюденія разсмотрѣннаго случая, которыя въ названной клиникѣ и не полагаются, для которыхъ и слушатели ея не подготовлены.—2. *Факультетская клиника*, первая полная клиника, гдѣ преподаватель производитъ предъ слушателями всѣ вышеназванныя врачебныя дѣйствія—методически и индивидуализируя, а потому и представляя лишь меньшее число больныхъ.— 3. *Госпитальная клиника*, гдѣ преподаватель съ слушателями, уже привыкшими къ правильной врачебной дѣятельности, можетъ дѣйствовать скорѣе, представлять имъ большее число больныхъ и тѣмъ умножать ихъ опытность.—4. *Клиника для приходящихъ больныхъ* (*амбулянтная*). Тогда какъ въ клиникахъ—больницахъ наблюдаются обыкновенно болѣе тяжелыя болѣзни, въ амбулянтныхъ клиникахъ могутъ встрѣчаться всѣ остальныя болѣзненныя формы, т.-е. и болѣе легкія, съ которыми не охотно ложатся въ больницу, и тяжелыя, но въ началѣ теченія. При этомъ амбулянтныя клиники даютъ возможность наблюдать теченіе и лѣченіе болѣзней не въ больничной обстановкѣ, а въ разнообразныхъ бытовыхъ условіяхъ; но онѣ требуютъ уже нѣкоторой врачебной зрѣлости, а потому должны бы посѣщаться учащимися послѣ стаціонарныхъ клиникъ, хотя это не всегда соблюдается и не всегда возможно.

Б. Виды клиникъ по ихъ содержанію: клиники *общія* и *специальныя*. Въ основѣ существованія *специальныхъ* клиникъ лежитъ общее великое орудіе прогресса, дѣленіе труда. Возможность для клинициста ограничиться однимъ отдѣломъ патологіи ведетъ къ тому, что онъ болѣе овладѣваетъ своимъ предметомъ, совершеннѣе преподаетъ его и

живѣе двигаетъ науку о немъ. Поэтому число специальныхъ клиникъ растетъ постоянно: такъ за послѣднія десятилѣтія къ прежнимъ специальнымъ клиникамъ — хирургической, акушерской и глазной—присоединились клиники болѣзней женскихъ, нервныхъ и душевныхъ, накожныхъ, венерическихъ и болѣзней мочевыхъ и половыхъ органовъ.

Труднѣе выяснить сущность *общей* клиники: что она такое? Зачѣмъ нужна она? Названіе общихъ клиникъ можно дать лишь клиникамъ внутреннихъ болѣзней. Обыкновенное содержаніе такихъ клиникъ составляютъ болѣзни органовъ, отправленія которыхъ лежатъ въ основѣ животнаго обмѣна, т.-е. органовъ пищеваренія, дыханія, кровообращенія и отдѣленій,—разстройства самого животнаго обмѣна,—острыя и хроническія заразныя болѣзни,—функціональныя разстройства нервной системы, неизбѣжно встрѣчающіяся при вышеназванныхъ болѣзняхъ (органическихъ разстройствъ нервной системы,—достоянія клиники нервныхъ болѣзней,—можно избѣжать при выборѣ больныхъ) и случайно попадающія болѣзни изъ области специальныхъ клиникъ, всего чаще болѣзни женскихъ половыхъ органовъ. Чѣмъ обусловливается такое, фактически установившееся содержаніе клиники внутреннихъ болѣзней? Могутъ спросить, нельзя ли и не лучше ли распредѣлить это содержаніе по специальнымъ клиникамъ болѣзней грудныхъ, брюшныхъ и т. д.? Никакого нѣтъ сомнѣнія, что и такія специальныя клиники были бы также полезны, какъ и другія специальныя клиники; но замѣнить клиники внутреннихъ болѣзней въ ея настоящемъ видѣ онѣ бы не могли. Дѣло въ томъ, что специальнымъ клиникамъ присущъ коренной недоста-

токъ — трудность для спеціальнаго клинициста въ данномъ болѣзненномъ случаѣ, совершеннѣйшимъ образомъ разсмотрѣвъ страданіе органа его спеціальности, опредѣлить, не говорю уже столь же совершенно, но по крайней мѣрѣ удовлетворительно общее состояніе, состояніе остальныхъ частей организма:—тѣмъ труднѣе, чѣмъ совершеннѣе спеціалистъ, чѣмъ болѣе отдался онъ своей спеціальности и слѣдовательно чѣмъ болѣе отдалился отъ другихъ. Спеціалисты хорошо знаютъ этотъ недостатокъ, сами указываютъ на него, борятся съ нимъ, но, какъ показываетъ ежедневный опытъ, устранить его не могутъ вслѣдствіе его органической связи съ самой сущностью спеціализированія.

Что же было бы и съ преподаваніемъ и съ наукой, еслибы существовали лишь спеціальныя клиники, еслибы не было такой, которая имѣла бы *главною цѣлью* постиженіе связи всѣхъ явленій даннаго болѣзненнаго случая, полученіе общаго заключенія о немъ и, слѣдовательно, возможности врачебнаго дѣйствія, другими словами—исполненіе главной обязанности врача. Понятно, что безъ такой клиники образованіе врачей было бы невозможно. Такая клиника — есть клиника внутреннихъ болѣзней при вышеназванномъ составѣ ея содержанія, при *совмѣстномъ разсмотрѣніи* разстройствъ тѣхъ отдѣловъ организма, которые главнымъ образомъ условливаютъ общую связь всѣхъ частей его, т.-е. при совмѣстномъ разсмотрѣніи разстройствъ отправленій, лежащихъ въ основѣ животнаго обмѣна, самаго обмѣна и функцій нервной системы. Вотъ что обусловливаетъ особенность клиники внутреннихъ болѣзней и даетъ ей право на названіе *общей*. Хирургическая клиника, при всей ея важ-

ности, не носитъ характера общей клиники, потому что предметы ея вѣдѣнія не имѣютъ такого значенія для пониманія общей связи болѣзненныхъ явленій, какъ предметы вѣдѣнія клиники внутреннихъ болѣзней. Клиника дѣтскихъ болѣзней, какъ понятно изъ вышесказаннаго, имѣетъ характеръ общей клиники. Въ нашемъ университетѣ, какъ и вообще въ большинствѣ университетовъ, — двѣ клиники внутреннихъ болѣзней *), факультетская и госпитальная. Первою посѣщается факультетская. Слѣдовательно факультетская клиника внутреннихъ болѣзней есть первая полная и вмѣстѣ общая клиника, которую встрѣчаетъ учащійся: она есть истинная клиническая школа медицинскаго факультета. Отсюда ея важное значеніе: въ ней полагается основаніе тому, чѣмъ будетъ врачъ, какимъ онъ образуется.

Говоря о значеніи клиники, клиническихъ занятій въ ходѣ врачебнаго образованія, слѣдуетъ сдѣлать необходимыя общія замѣчанія о самомъ производствѣ этихъ занятій.

Въ чемъ главнымъ образомъ состоятъ клиническія занятія? Нужно бываетъ опредѣлить, какая болѣзнь (*изслѣдованіе и распознаваніе*), какъ она пойдетъ и чѣмъ кончится (*предсказаніе*), назначить планъ *лѣченія* и приводить его въ исполненіе, сообразуясь съ теченіемъ болѣзни (*наблюденіе*). Клиническія занятія, какъ выше объяснено, должны происходить методическимъ и индивидуализирую-

*) Названіе клиники внутреннихъ болѣзней — *терапевтическая* — устарѣло и неточно: какая же клиника не терапевтическая, гдѣ же не прилагается терапія (лѣченіе); *терапевтическая*, какъ противоположеніе *хирургической*,—тоже неточно, потому что хирургія есть не противоположеніе, а часть терапіи.

щимъ образомъ. Что касается метода, то послѣ нѣсколькихъ перемѣнъ въ началѣ моей клинической и врачебно-практической дѣятельности я остановился, какъ на лучшемъ, на нижеслѣдующемъ.

I. Изслѣдованіе (examen). Начинаю вопросомъ больному, *чѣмъ онъ нездоровъ и давно ли*. Большею частію разсказъ больнаго мѣшаетъ настоящее съ прошлымъ, болѣзненныя явленія одной области организма съ болѣзненными явленіями другой, теченіе болѣзни съ вліяніемъ приложеннаго лѣченія, изобилуетъ совершенно посторонними дѣлу сообщеніями и конечно не отличается связностью. Въ началѣ моей дѣятельности я выслушивалъ такіе разсказы и убѣдился, что они не ведутъ ни къ чему, кромѣ потери времени и взаимнаго утомленія больнаго и врача. Въ тѣхъ же рѣдкихъ случаяхъ, когда предлагается связный и толковый разсказъ образованнаго больнаго или даже врача, говорящаго о своей болѣзни, есть опасность воспринять вмѣстѣ съ изложеніемъ болѣзни уже и готовое мнѣніе о ней и ея лѣченіи, мнѣніе, сформированное или самимъ больнымъ или пользовавшими его врачами, потому что, понятнымъ образомъ, въ самой редакціи изложенія господствуетъ уже сформированное мнѣніе. Такое предвзятое мнѣніе служитъ помѣхой дальнѣйшему изслѣдованію и можетъ повредить правильности собственнаго заключенія о болѣзни и ея лѣченіи.

На основаніи вышеизложеннаго я обыкновенно останавливаю разсказъ больнаго, объясняя ему, что желаю получить лишь краткое обозначеніе его главныхъ страданій (напр. одышки, болей, слабости и т. п.) и ихъ давности (недѣля, мѣсяцъ и т. д.), что затѣмъ буду разспрашивать самъ по по-

рядку, а, окончивъ уже разспросъ, выслушаю его разсказъ. При этомъ прошу больнаго давать по возможности точные отвѣты, т.-е. во 1-хъ утверждать или отрицать лишь то, что ему твердо извѣстно, твердо памятно, иначе же отвѣчать „не знаю, не помню", а во 2-хъ *отвѣчать лишь о томъ, о чемъ спрашивается*, не примѣшивать къ отвѣту посторонняго, къ вопросу не относящагося, не увлекаться въ разсказъ и, слѣдовательно, не отводить безпрестанно мысль врача въ сторону отъ ея стремленія. Изъ области неточныхъ отвѣтовъ, области безконечной, приведу для наглядности хоть одинъ примѣръ изъ числа самыхъ обыкновенныхъ: *вопросъ*: пьете ли вы чай и если пьете, то обыкновенно по скольку? *отвѣтъ*: я до чаю не охотникъ; и лишь еще послѣ двухъ, трехъ или болѣе вопросовъ врачъ узнаетъ, что больной хотя и не охотникъ до чая, но ежедневно употребляетъ его столько-то чашекъ или стакановъ. Еще болѣе времени и силъ отнимаютъ отвѣты, переходящіе въ разсказъ и примѣшивающіе къ дѣлу постороннее. Совѣтую начинающему врачу не позволять такихъ уклоненій. Обстоятельное изслѣдованіе больнаго требуетъ много времени и силъ, а при вышеназванныхъ уклоненіяхъ приведетъ къ тому, что къ концу, когда очередь дойдетъ до главнаго, до перехода отъ словъ къ дѣлу, когда нужно будетъ рѣшиться на извѣстное врачебное дѣйствіе (назначеніе лѣченія), врачъ окажется душевно утомленнымъ, между тѣмъ какъ въ этотъ-то моментъ и требуется вся сила, ясность и трезвость сужденія. Впрочемъ, въ большинствѣ случаевъ достаточно бываетъ вначалѣ нѣсколько разъ поправить отвѣты больнаго, объяснить, чего именно желаетъ врачъ, т.-е., повторяю, по возмож-

ности точныхъ и прямыхъ отвѣтовъ, чтобы дальнѣйшая бесѣда шла правильно. Само собою разумѣется, что для полученія такихъ отвѣтовъ врачъ съ своей стороны долженъ ставить прямые, точные, несложные вопросы.

Изслѣдованіе больнаго распадается на изслѣдованіе настоящаго состоянія (status) и изслѣдованіе прошлаго (anamnesis). Въ хроническихъ случаяхъ начинаю съ настоящаго состоянія, потому что получаемыя при этомъ свѣдѣнія дѣлаютъ и разспросъ о прошломъ болѣе легкимъ и самыя анамнестическія данныя болѣе понятными. Въ недавнихъ случаяхъ, гдѣ, напр., человѣкъ, дотолѣ здоровый, болѣетъ лишь нѣсколько дней, гдѣ слѣдовательно anamnesis кратокъ, — удобнѣе начинать съ послѣдняго. Впрочемъ строго разграничивать оба разспроса было бы напраснымъ педантизмомъ: въ особенности при изслѣдованіи настоящаго состоянія нерѣдко бываютъ необходимы для уясненія дѣла отдѣльные вопросы о прошломъ, безъ полнаго изслѣдованія послѣдняго.

Изслѣдованіе настоящаго состоянія (status) состоитъ изъ *разспроса* и такъ называемаго *объективнаго изслѣдованія*, т.-е. изслѣдованія органами чувствъ. Въ началѣ производится разспросъ и одновременно нѣкоторыя части объективнаго изслѣдованія, или особенно легкія (наприм. осмотръ языка, изслѣдованіе пульса), или неизбѣжныя вслѣдствіе самаго разговора съ больнымъ: врачъ невольно наблюдаетъ въ это время сложеніе больнаго, состояніе питанія (полноту или худобу), видъ общихъ покрововъ (полно-или малокровный, ціанотическій, желтушный, кахектическій и пр.), состояніе тѣлесныхъ и душевныхъ силъ (т.-е. движенія тѣла, вы-

раженіе лица, рѣчь и пр.). Но полное объективное изслѣдованіе, для котораго нужно раздѣть больнаго, обратиться къ помощи различныхъ приспособленій (для изслѣдованія мочи, мокроты и т. д.), удобнѣе дѣлать уже окончивши весь разговоръ съ больнымъ, т.-е. не только разспросъ о настоящемъ, но и о прошломъ.

Разспросъ о настоящемъ начинаю съ освѣдомленія о *важнѣйшихъ условіяхъ, въ которыхъ живетъ больной, и объ образѣ жизни.*

1. *Мѣстность*, гдѣ живетъ больной,—сырая, малярійная,—сухая, пыльная,—закрытая или открытая вѣтрамъ и т. д.?

2. *Жилое помѣщеніе:* размѣры, полъ, мѣсто кровати, температура и вентиляція, какое отхожее мѣсто и пр.? *Помѣщеніе*, гдѣ проводится трудовая часть дня?

3. Какъ *обмывается* больной: купанье, бани, ванны, обтиранія?

4. *Одежда* вообще и особенно живота (пояса и корсеты) и ногъ (обувь—теплая или холодная, просторная или узкая)?

5. Какія *nervina* обыкновенно употребляются больнымъ: табакъ, чай, кофе, вино, водка, пиво?

6. *Питье:* вода простая или щелочная (содовая, зельтерская и т. д.), квасъ, молоко?

7. *Пища* — скоромная или постная, — легкая или тяжелая (чѣмъ именно),—какъ часто принимается?

8. *Жизнь семейная или холостая, одинокая?*

9. *Дѣти, выкидыши?*

10. *Достаточенъ ли сонъ*, столько ли спитъ больной, сколько его клонитъ ко сну, или не досыпаетъ?

11. *Дѣятельность умственная и тѣлесная?—Отдыхъ?*

12. Размѣры ежедневнаго пребыванія въ помѣщеніи и на вольномъ воздухѣ?

Затѣмъ слѣдуетъ разспросъ о *состояніи* больнаго *по однажды принятому порядку*, въ чемъ конечно и состоитъ методичность изслѣдованія. Начинающій врачъ, если не усвоилъ себѣ метода, не убѣдился еще въ его необходимости, разспрашиваетъ какъ попало,—въ одномъ случаѣ такъ, въ другомъ иначе,—увлекается первымъ впечатлѣніемъ, произведеннымъ жалобами больнаго (наприм. одышка, колотье въ боку, кашель), и, предположивъ на этомъ основаніи извѣстную болѣзнь, надѣется быстро рѣшить дѣло, предложивъ больному нѣсколько относящихся сюда вопросовъ, но не исчерпавъ разспросомъ состоянія всего организма. Горькимъ опытомъ онъ убѣдится,—если сколько-нибудь способенъ къ самосовершенствованію,—что такой пріемъ не доводитъ до цѣли, что онъ не даромъ осужденъ опытомъ и что единственно вѣрный, хотя болѣе медленный и тяжелый путь, есть соблюденіе полноты и извѣстнаго, однажды принятаго порядка въ изслѣдованіи. Порядокъ, которому опытъ научилъ меня какъ наилучшему, основывается на соединеніи двухъ принциповъ: физіологическаго (по системамъ и органамъ) и топографическаго (по сосѣдству). Могутъ быть конечно и другіе, но первое условіе всякаго порядка состоитъ въ томъ, чтобы циклъ вопросовъ обнималъ *всё важнѣйшее.*

1. Аппетитъ и жажда.

2. Языкъ, зубы, полость рта и глотки.

3. Желудокъ. Бываютъ или нѣтъ, по введеніи пищи, отрыжка, изжога, тяжесть, боль, тошнота, рвота; нѣтъ ли болей при тощемъ состояніи желудка.

4. Кишки. Каково на низъ, правильно, т.-е. ежедневно, достаточно и испражненіями нормальнаго качества, оформленными и мягкими, или неправильно? Если неправильно, то не довольствоваться огульнымъ обозначеніемъ *запоръ* или *поносъ*, а получить точное понятіе о томъ, какая неправильность. Для этого взять извѣстный періодъ времени передъ днемъ изслѣдованія больнаго, наприм. недѣлю, иногда и болѣе, если больной помнитъ, и, разспросивъ о каждомъ днѣ, узнать какъ было на низъ—постоянный ли поносъ, или постоянный запоръ, уступавшій только промывательнымъ и слабительнымъ, или, что бываетъ всего чаще, поносъ въ перемежку съ запоромъ. Если послѣднее время опорожненіе кишекъ было почему-нибудь въ исключительномъ состояніи правильности, или запора, или поноса, то освѣдомиться, какъ же бываетъ обыкновенно. Если больной прибѣгаетъ къ слабительнымъ, то къ какимъ именно и въ какомъ именно пріемѣ. Если ставитъ клистиры, то какіе и въ какое время: на ночь ли, когда организмъ утомленъ и нервномышечный аппаратъ, какъ общій, такъ и кишечный, хуже дѣйствуетъ, или утромъ, послѣ ночнаго отдыха и утренняго чая и кофе, пользуясь обыкновенно бывающимъ послѣ того хотя небольшимъ позывомъ на низъ, недостаточнымъ для произвольнаго опорожненія кишки, но достаточнымъ, чтобы обезпечить успѣшное дѣйствіе промывательнаго.—Не задерживаетъ ли вообще больной опорожненія кишечника, не повинуясь первому позыву (главная, самая частая причина запора). Опорожняетъ ли своевременно, въ случаѣ запора, кишечникъ, чтобы избѣжать переполненія послѣдняго и могущаго быть отъ того послѣдовательнаго

поноса. При какомъ родѣ пищи и питья, при какихъ условіяхъ вообще бываетъ запоръ или поносъ и т. д. Такой точный разспросъ сразу можетъ повести къ полному распознаванію неправильностей, о которыхъ идетъ рѣчь, — неправильностей столь важныхъ по ихъ вліянію на остальной организмъ и по ихъ частотѣ: рѣдко встрѣтить больнаго вообще, больнаго какою бы то ни было болѣзнью, у котораго было бы совершенно правильно на низъ. Этотъ же разспросъ даетъ самыя цѣнныя указанія для терапіи и еще болѣе важныя для гигіены данной части организма. Сколько разъ, наприм., приходилось мнѣ излѣчивать упорные запоры простымъ совѣтомъ не задерживать перваго позыва на низъ, или у лицъ, которыя пили только теплый чай и болѣе никакого питья, совѣтомъ, убавивъ чая, пить обязательно по полустакану воды комнатной температуры, отъ 1 до 3 разъ въ день, всякій разъ часа за полтора или два *передъ* принятіемъ пищи. Я потому распространился о неправильномъ опорожненіи кишечника, что такъ часто грѣшатъ торопливымъ и поверхностнымъ разспросомъ о названномъ предметѣ и зависящею отъ того неправильною терапіей.

5. *Задній проходъ.* Шишки? Бываютъ ли кровотеченія изъ задняго прохода и при какихъ явленіяхъ въ остальномъ организмѣ?

6. Какъ опорожняется мочевой пузырь? Не бываетъ ли моча красна и мутна? Здѣсь же спрашиваю, не пухнутъ ли ноги (часть тѣла, гдѣ прежде всего обнаруживаются явленія водянки).

7. *Мужскіе половые органы:* состояніе potentiae virilis. Какъ часты сношенія, не слабѣетъ ли больной послѣ того (особенно важно при неврастеніи);

не было ли и нѣтъ ли онанизма, поллюцій. Здѣсь же спрашиваю о бывшихъ или имѣющихся болѣзняхъ, всего чаще пріобрѣтаемыхъ половымъ путемъ, трипперѣ, шанкрѣ и сифилисѣ. Что касается послѣдняго, то считаю обязательнымъ у каждаго больнаго убѣдиться, сифилитикъ онъ или нѣтъ, и думаю, что доказывать необходимость такого констатированія излишне. Если вопросъ о сифилисѣ не представляетъ неудобствъ, то спрашиваю больнаго, но конечно не довольствуюсь ни положительнымъ, ни отрицательнымъ отвѣтомъ, а повѣряю отвѣтъ разспросомъ о томъ, были ли у больнаго дѣти и какія или выкидыши, не было ли выпаденія волосъ на головѣ (особенно же на бровяхъ и бородѣ) безъ видимыхъ причинъ, не было ли сыпей и какихъ именно, не осталось ли рубцовъ, не было ли и нѣтъ ли въ настоящее время ночныхъ болей въ костяхъ и сочлененіяхъ, хроническаго насморка и т. д. Если же прямой вопросъ сдѣлать неудобно или безполезно, какъ напр. у женщинъ, у которыхъ инфекція часто остается незамѣченною, то, не предлагая его, прямо собираю вышеперечисленныя повѣрочныя свѣдѣнія. Если при такомъ разспросѣ скоро получаю точныя свѣдѣнія, то довожу его до конца. Если же онъ ведетъ далеко въ область анамнеза, если исторія явнаго или сомнительнаго сифилиса давно и тѣсно переплетается съ исторіей другихъ болѣзненныхъ состояній даннаго случая, то отлагаю разспросъ до полнаго собиранія свѣдѣній о прошломъ, до изслѣдованія анамнеза. Это послѣднее замѣчаніе, т.-е. замѣчаніе о томъ, какъ далеко слѣдуетъ заходить, при изслѣдованіи настоящаго состоянія, въ область анамнеза, относится не къ одному только разспросу

о бывшемъ или небывшемъ сифилисѣ, но конечно и къ разспросу о всякомъ другомъ разстройствѣ организма.

8. *Женскіе половые органы.* Бывшіе роды или выкидыши. Состояніе менструаціи прежде и теперь. Бѣли.

9. *Животъ вообще.* Рѣзкія измѣненія *объема* живота, замѣтныя и подъ одеждой, отмѣчаются въ памяти. Главнымъ же образомъ разспросъ, что касается живота вообще, состоитъ въ освѣдомленіи о *боляхъ* въ животѣ: есть таковыя или нѣтъ,—постоянно или припадками,—а главное *гдѣ* именно, что даетъ важныя указанія на источникъ болей. Если больной затрудняется указать мѣсто болей, то для облегченія отвѣта предлагаются такіе вопросы: не болитъ ли весь животъ, болѣе къ срединѣ,—не совпадаютъ ли боли съ урчаньемъ и не облегчаются ли съ отходомъ газовъ per os или per anum, со рвотой или послабленіемъ на низъ (желудочныя и кишечныя боли); болитъ ли болѣе верхняя или нижняя часть живота, правая или лѣвая половина его, съ какими отправленіями совпадаютъ боли (отсюда указанія на боли печеночныя, почечныя, въ яичникахъ, маткѣ и мочевомъ пузырѣ). Нѣтъ ли болей въ задней стѣнкѣ живота, въ поясницѣ и съ чѣмъ онѣ совпадаютъ: съ запоромъ, съ болями по тракту мочеточниковъ или съ движеніями туловища, какъ при lumbago вообще (т.-е. при различныхъ міопатіяхъ, невропатіяхъ и пораженіяхъ позвонковъ и ихъ сочлененій въ поясничной сторонѣ).

10. *Грудь вообще, а также органы дыханія и кровообращенія.* Есть ли *боли* въ груди, гдѣ именно и съ чѣмъ совпадаютъ онѣ: напр. боль въ сторонѣ серд-

ца, въ видѣ отдѣльныхъ приступовъ, съ отдачей въ лѣвую руку или въ обѣ руки, съ чувствомъ тоски и страха (какъ при грудной жабѣ);—боли въ бокахъ, усиливающіяся при кашлѣ, какъ при бугорчатомъ (и иномъ) плевритѣ;—боли по тракту межреберныхъ нервовъ (при ихъ самостоятельномъ пораженіи, а также при печеночной и почечной коликахъ);—боли въ одной половинѣ груди и одновременно въ рукѣ той же стороны, при чемъ надключичная впадина этой стороны чувствительна при давленіи (неврить плечеваго сплетенія);—боли во всемъ грудномъ ящикѣ, усиливающіяся при давленіи на грудину и ребра (напр. при лежаніи на боку), совпадающія съ ломомъ въ конечностяхъ и ожесточающіяся вмѣстѣ съ послѣднимъ при простудѣ (обыкновенно подагра *или* сифилисъ, что легко различить, или подагра *и* сифилисъ реберъ и грудины, иногда съ одновременными невритами того же происхожденія) и пр.—Далѣе разспросъ объ *одышкѣ* (dyspnoea), *припадкахъ удушья* (asthma), *сердцебіеніи, кашлѣ, мокротѣ, кровохарканіи, состояніи носа и гортани* (измѣненія голоса). *Изслѣдованіе пульса и разспросъ о состояніи кровообращенія:* не зябокъ ли больной вообще или въ частности (конечности, особенно ноги, именно стопы);—не бросаетъ ли его въ жаръ вообще или въ отдѣльныхъ частяхъ (особенно голову).

11. Есть ли *лихорадочное состояніе* (знобъ, жаръ или только слабость, потеря аппетита и жажда) или нѣтъ? Если нѣтъ, то не подверженъ ли больной какому либо привычному лихорадочному состоянію и съ чѣмъ послѣднее совпадаетъ: наприм. съ катаррами, всего чаще дыхательныхъ путей, рѣже кишекъ или мочевыхъ путей („febris ca-

tarrhalis“);—или съ ломомъ въ конечностяхъ, спинѣ, груди и головѣ—„febris rheumatica“, т.-е. всего чаще лихорадочное состоянiе при ожесточенiи подагрическихъ или сифилитическихъ болей, или тѣхъ и другихъ вмѣстѣ, вслѣдствiе простуды, а иногда и другихъ причинъ; — или не подверженъ ли лихорадочному состоянiю безъ катарровъ и „ревматизмовъ“, ясно или неясно выраженнаго перемежающагося характера, совпадающему съ пребыванiемъ въ малярiйной мѣстности, особенно осенью и весной;—или лихорадочному состоянiю изнурительнаго характера, совпадающему съ тяжелыми болѣзнями важныхъ органовъ, всего чаще съ бугорчаткой, ракомъ или сифилисомъ (особенно часто съ сифилисомъ печени) и пр.

12. Состоянiе питанiя и кроветворенiя: полнѣетъ, тучнѣетъ больной или худѣетъ, блѣднѣетъ, получаетъ кахектическiй видъ и т. д.?

13. Сонъ—покойный или нѣтъ? Если непокойный, то почему: отъ головнаго полнокровiя, неврастенiи, болей, кашля и одышки, запора и переполненiя желудка и кишекъ, лихорадочнаго состоянiя и пр.?

14. Душевное состоянiе: память и соображенiе;—настроенiе духа—бодрое, веселое или угнетенное, мрачное и т. д.?

15. Головная боль. Обязательные вопросы—таковы: болитъ голова или нѣтъ? если болитъ, то вся или часть ея, тотъ или другой високъ, затылокъ, темя, лобъ,—и какъ болитъ—постоянно или припадками и каковъ характеръ послѣднихъ? Прежде чѣмъ говорить о дальнѣйшихъ вопросахъ, предпошлю слѣдующее замѣчанiе: при изслѣдованiи, какъ отчасти видно изъ предыдущаго, слѣду-

етъ не только собирать свѣдѣнія, но по возможности тотчасъ же и уяснять ихъ; не только освѣдомляться о томъ, какія имѣются болѣзненныя явленія, но по возможности тотчасъ же искать и ихъ причину, по крайней мѣрѣ ближайшую. Чѣмъ болѣе удается такое уясненіе, чѣмъ понятнѣе все получаемое при изслѣдованіи, тѣмъ легче и успѣшнѣе идетъ послѣднее. Конечно, такой пріемъ возможнѣе для опытнаго, чѣмъ для начинающаго врача; но чѣмъ болѣе послѣдній старается усвоить привычку не довольствоваться, такъ сказать, механическимъ собираніемъ свѣдѣній, а пытливо уяснять ихъ, доискиваться причинъ и такимъ образомъ подготовлять цѣнные матеріалы для сооруженія органическаго цѣлаго,—*распознаванія* всего болѣзненнаго состоянія,—тѣмъ скорѣе пріобрѣтаетъ онъ необходимую опытность. Но, конечно, точно также необходимо усвоить себѣ извѣстный тактъ при такого рода попыткахъ къ немедленному уясненію, чтобы не нарушать ими разъ принятаго общаго порядка изслѣдованія: чѣмъ скорѣе,—нѣсколькими вопросами,—можно уяснить встрѣтившееся болѣзненное явленіе, тѣмъ немедленное уясненіе позволительнѣе, даже обязательнѣе; но чѣмъ болѣе требуется вопросовъ, чѣмъ далѣе приходится заходить въ разспросъ о настоящемъ состояніи еще неизслѣдованныхъ частей организма или, къ тому же, въ разспросъ объ анамнезѣ, тѣмъ болѣе слѣдуетъ воздержаться отъ уясненія, отложивъ послѣднее до собранія всѣхъ свѣдѣній, т.-е. до окончанія всего изслѣдованія. При внимательномъ—со стороны какъ преподавателя, такъ и слушателей—упражненіи усвоеніе названнаго такта не заставляетъ долго ждать себя.

Обращаюсь къ разспросу о головной боли. Можетъ быть нѣтъ болѣзненнаго явленія болѣе частаго и имѣющаго столь многочисленныя и разнообразныя причины, какъ непріятныя ощущенія въ головѣ—боль, тяжесть. Болѣзненныя состоянія мягкихъ частей головы и костей черепа и лица, столь многочисленныхъ нервовъ головы, органовъ высшихъ чувствъ, а главное головнаго мозга, въ которомъ, кромѣ его самостоятельныхъ пораженій, сказывается разными путями вліяніе разстройствъ во всѣхъ другихъ частяхъ организма, вотъ причины частоты головной боли или тяжести. Если картина этого болѣзненнаго явленія, какъ она выясняется изъ вышеозначенныхъ обязательныхъ вопросовъ, прямо намекаетъ на извѣстную болѣзнь (напр. мигрень, маскированную малярію, сифилисъ и пр.), или если въ уже оконченной части изслѣдованія,—а послѣднее, по излагаемому порядку, въ большей части уже окончено, когда очередь доходитъ до головной боли,—окажутся данныя, могущія быть причинами головной боли, то конечно слѣдуетъ сдѣлать необходимые повѣрочные для возникающаго предположенія вопросы. Въ противномъ случаѣ,—а бываютъ, правда для опытныхъ врачей не часто, такіе, гдѣ приходится обойти вопросами едва не всю область патологіи, прежде чѣмъ отыскать причину головной боли,—уясненіе оставляется до окончанія всего изслѣдованія.

16. Головокруженіе. Если бываетъ, то при какихъ условіяхъ: при краснѣющемъ или блѣднѣющемъ лицѣ, при обремененіи желудка или другихъ диспептическихъ явленіяхъ, при запорѣ, передъ геморройнымъ кровотеченіемъ, передъ регулами или послѣ нихъ, при уремическихъ явленіяхъ и пр.?

17. Боли въ шеѣ, спинѣ и конечностяхъ. Если есть, то *гдѣ* (по сочлененіямъ, по тракту костей, нервовъ и мышцъ) и *какого качества:* постоянныя, ожесточающіяся при давленіи (при артритахъ, періоститахъ и перихондритахъ, невритахъ и міозитахъ), или противоположнаго свойства (какъ наприм. ланцинирующія при tabes); усиливающіяся по ночамъ или нѣтъ и т. д.?

18. Парестезіи и анестезіи.

19. Нервно-мышечный аппаратъ: состояніе тѣлесной силы? Разстройства движенія? Состояніе рефлексовъ?

20. Зрѣніе и слухъ.

21. Общіе покровы: ненормальная сухость кожи или потливость? зудъ? сыпи?

Anamnesis (ἀνά-μνησις, вспоминаніе, припоминаніе). Изъ свѣдѣній, полученныхъ при разспросѣ о настоящемъ состояніи больнаго, дѣлается видно, о чемъ слѣдуетъ разспрашивать, освѣдомляясь о прошломъ: слѣдуетъ узнать исторію происхожденія, теченія и конечно лѣченія, если таковое было, тѣхъ отклоненій отъ нормы, наличность которыхъ оказывается изъ разспроса о настоящемъ состояніи. Слѣдуетъ конечно спросить и о тѣхъ, бывшихъ у больнаго, болѣзняхъ, которыя, по его мнѣнію (легко могущему быть ошибочнымъ), не состоятъ въ связи съ оказывающимися въ наличности. Здѣсь же спрашивается и о томъ, что извѣстно больному о здоровьи его родителей и вообще родныхъ.

По окончаніи разспроса о настоящемъ и прошломъ предлагается больному сказать все, что онъ желаетъ прибавить что-либо къ разспросу врача.

Послѣ хорошаго разспроса рѣдко больной прибавитъ что-либо.

Объективное изслѣдованіе: ощупываніе головы (если нужно);—осмотръ, ощупываніе, постукиваніе и выслушиваніе груди;—осмотръ, постукиваніе и, главное, ощупываніе живота;—осмотръ и ощупываніе шеи, спины и конечностей;—изслѣдованіе выводимаго, главнымъ образомъ мочи (количество, удѣльный вѣсъ, цвѣтъ, осадки, реакція, присутствіе или отсутствіе ненормальныхъ составныхъ частей) и мокроты, иногда кишечныхъ испражненій и желудочнаго содержимаго;—изслѣдованіе крови (если нужно);—опредѣленіе температуры тѣла; — спеціальное изслѣдованіе (если нужно) органовъ зрѣнія и слуха, гортани, мочеваго пузыря и пр.

Изслѣдованіе больнаго служитъ основаніемъ для распознаванія, предсказанія и лѣченія. При вышеизложенномъ методѣ изслѣдованія нѣтъ опасности, чтобы что-либо существенно важное для названныхъ врачебныхъ заключеній было не замѣчено или упущено. Слѣдуетъ теперь предостеречь и отъ другой возможной ошибки—отъ излишней подробности, ненужной мелочности изслѣдованія какъ настоящаго, такъ и прошлаго состоянія больнаго. Далеко не все то нужно и важно для врачебныхъ заключеній, что можетъ быть добыто изслѣдованіемъ; въ особенности не слѣдуетъ смѣшивать діагностическихъ цѣлей съ семіотическими: не все то, что интересуетъ семіотика, нужно для діагноста. Чтобы не утомлять больнаго и себя, чтобы беречь свои силы, столь нужныя для предстоящихъ спокойныхъ, трезвыхъ и только тогда правильныхъ заключеній, начинающій врачъ долженъ ста-

раться усвоить себѣ нужный тактъ при изслѣдованіи, избѣгать излишне-подробнаго, ненужно-мелочнаго изслѣдованія, также какъ и поверхностнаго и безпорядочнаго. Опытъ и время конечно одни только дѣлаютъ возможнымъ полное усвоеніе такого такта; но правильное клиническое преподаваніе, равно свободное какъ отъ безпоряда и поверхностности, такъ и отъ излишней мелочности изслѣдованія, не отклоняющееся при послѣднемъ отъ его прямой цѣли, можетъ, служа образцомъ, много облегчить достиженіе названной цѣли.

Если разспросъ больнаго затруднителенъ или даже вреденъ для послѣдняго по причинѣ его слабости, кровохарканія, одышки, кашля, болей и т. п., то слѣдуетъ предлагать ему лишь необходимѣйшіе вопросы, притомъ лишь такіе, на которые *только онъ лично* можетъ отвѣтить, и къ тому же такъ формулованные, что для отвѣта достаточно одного слова или даже знака, утвердительнаго или отрицательнаго. Обо всемъ остальномъ слѣдуетъ разспрашивать окружающихъ. Лишь къ нимъ же, понятнымъ образомъ, остается обратиться съ разспросомъ въ случаяхъ потемненнаго сознанія больнаго. Само собою разумѣется, что объективное изслѣдованіе въ случаяхъ, о которыхъ идетъ рѣчь, должно производиться съ крайнею осторожностью и ограничиваться лишь самымъ необходимымъ. По мѣрѣ того, какъ поправляется состояніе больнаго, пополняются пробѣлы изслѣдованія.

II. Распознаваніе (diagnosis). Ошибочно было бы думать, что распознаваніе дѣлается лишь *послѣ* изслѣдованія, что послѣднее есть чисто механическое занятіе, сборъ свѣдѣній по извѣстному порядку. Напротивъ, какъ видно изъ многихъ мѣстъ

того, что выше сказано объ изслѣдованіи, послѣднее есть весьма дѣятельное, пытливое душевное состояніе: данныя, получаемыя при разспросѣ и объективномъ изслѣдованіи, неизбѣжно возбуждаютъ извѣстныя предположенія, которыя врачъ тотчасъ же старается рѣшить повѣрочными вопросами и объективными изслѣдованіями, соблюдая при этомъ лишь нужную мѣру, не увлекаясь далѣе, чѣмъ позволяетъ то, что уже достигнуто изслѣдованіемъ, не нарушая порядка, котораго рѣшился держаться. Слѣдовательно распознаваніе дѣлается постепенно уже *во время* самаго изслѣдованія и въ большинствѣ случаевъ, кончивъ послѣднее, сто́итъ лишь подвести его итоги, чтобы получить полное распознаваніе, т.-е. какъ главной болѣзни (diagnosis morbi), такъ и второстепенныхъ разстройствъ и всѣхъ особенностей больнаго (diagnosis aegri). Рѣже, при неясно выраженныхъ или сложныхъ случаяхъ, приходится, окончивъ изслѣдованіе и подведя его итоги, прибѣгать еще къ особому пріему—такъ-называемой *дифференціальной діагностикѣ или діагностикѣ чрезъ исключеніе* (diagnosis differentialis seu per exclusionem): поочередно обсуждаются всѣ возникшія предположенія о сущности даннаго болѣзненнаго случая, менѣе вѣроятныя отбрасываются, остается наиболѣе вѣроятное.

III. Предсказаніе (prognosis). Diagnosis есть заключеніе о настоящемъ, prognosis — основывающееся на діагнозѣ предположеніе о будущемъ: о томъ, какъ пойдетъ болѣзнь, какихъ ждать перемѣнъ въ первое время, какихъ въ слѣдующее;—чѣмъ кончится болѣзнь—выздоровленіемъ, полнымъ или неполнымъ, или смертью;—какъ будетъ дѣйствовать назначенное лѣченіе. Наблюденіе теченія болѣзни

повѣряетъ эти предположенія, повѣряетъ *предсказаніе*. Отсюда понятна важность послѣдняго для врача: чѣмъ правильнѣе предсказаніе, чѣмъ болѣе подтверждается оно дальнѣйшимъ наблюденіемъ, тѣмъ увѣреннѣе въ себѣ врачъ, тѣмъ менѣе колеблется, тѣмъ рѣшительнѣе дѣйствуетъ, т.-е. тѣмъ болѣе становится истиннымъ практическимъ дѣятелемъ, практическимъ врачомъ.

Столь же важно предсказаніе по отношенію къ больному и лицамъ его окружающимъ, его ближнимъ. Въ больницѣ эта важность предсказанія конечно не замѣтна, но въ частной практикѣ сказывается тотчасъ же: отъ правильнаго, вѣрнаго, оправдывающагося на дѣлѣ предсказанія зависитъ репутація врача и довѣріе къ нему больнаго. Нѣтъ нужды объяснять, въ какомъ тяжеломъ положеніи находится врачъ, къ которому не имѣютъ довѣрія; еще тяжелѣе положеніе больнаго, вынужденнаго лѣчиться у врача,—если послѣдній—единственный въ данной мѣстности,—къ которому нѣтъ довѣрія. Поэтому я считаю своимъ долгомъ, какъ и долгомъ каждаго клиническаго преподавателя, при всякомъ разсматриваемомъ случаѣ объяснять, какое должно быть предсказаніе не только по отношенію къ больному, но и по отношенію къ его ближнимъ, хотя послѣднихъ въ клиникѣ, въ больницѣ вообще, обыкновенно и нѣтъ на-лицо. Здѣсь же сдѣлаю общія замѣчанія о характерѣ *предсказанія для больнаго и предсказанія для его ближнихъ*.

Для больнаго. Слѣдуетъ помнить, что серьезно-больные вообще, за рѣдчайшими исключеніями, находятся, уже въ силу самаго болѣзненнаго состоянія своего, въ угнетенномъ настроеніи духа,—мрачно, малонадежно смотрятъ въ будущее. Для самаго

успѣха лѣченія врачъ долженъ ободрить больнаго, обнадежить выздоровленіемъ или по крайней мѣрѣ, смотря по случаю, поправленіемъ здоровья, указывая на тѣ хорошія стороны состоянія больнаго, которыхъ послѣдній въ своемъ мрачномъ настроеніи не замѣчаетъ или не цѣнитъ. Иногда такое мотивированное обнадеженіе сразу даетъ больному сонъ, котораго не было; а конечно нечего разъяснять, что значитъ покойный сонъ для отправленій нервной системы, а слѣдовательно и всего организма. Да и однимъ ли этимъ исчерпывается вліяніе замѣны угнетеннаго настроенія духа—бодрымъ: если припомнить факты, относящіеся къ области того, что называется *внушеніемъ* (suggestion), то сдѣлается понятнымъ, что здѣсь предсказаніе совпадаетъ съ лѣченіемъ. Открыть же больному всѣ опасенія, которыя возникаютъ во врачѣ, — всегда ошибка со стороны послѣдняго, а иногда и прямо преступленіе: въ опасныхъ случаяхъ, гдѣ уже незначительное вліяніе можетъ рѣшить тотъ или другой исходъ,—иногда прямо въ смерть или въ полное выздоровленіе (возьмемъ для примѣра коллапсъ при остромъ воспаленіи лёгкихъ), — укрѣпить или пошатнуть бодрость духа больнаго — можетъ имѣть роковое значеніе. Прибавлю, что вышеизложенный образъ дѣйствія,—который я считаю правиломъ,— никогда не помѣшаетъ врачу строго требовать отъ больнаго исполненія совѣтуемыхъ мѣръ—подъ угрозой наступленія опасности въ противномъ случаѣ.

Но можетъ-быть спросятъ, какъ поступать въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ самъ больной прямо ставитъ врачу вопросъ объ исходѣ болѣзни, мотивируя желаніе отвѣта необходимостью устроить свои дѣла или исполнить требованія религіи? Возьмемъ са-

мый крайній случай: надежды на продолженіе жизни нѣтъ, предстоитъ кончина. Въ такомъ случаѣ слѣдуетъ отвѣчать, что больной напрасно связываетъ вопросъ о кончинѣ, обыкновенно объ ея близости, съ необходимостью устроить дѣла или исполнить требованія религіи: для того и другаго нѣтъ необходимости ждать близкой кончины; исполненіе и того и другаго можетъ только успокоить, а потому и укрѣпить больнаго, и врачъ конечно не находитъ къ тому препятствій. Что же касается отвѣта на самый вопросъ о кончинѣ, ея близости, можно признать, что положеніе больнаго серьезно (не безнадежно), но при этомъ указать на возможность, для самого врача, ошибиться въ своихъ предположеніяхъ вообще, въ особенности же въ опредѣленіи времени кончины.

Если ближніе больнаго желаютъ, чтобы онъ исполнилъ требованія религіи и устроилъ свои дѣла, то врачъ никогда не можетъ быть противъ исполненія такого желанія, предоставляя лишь себѣ выборъ удобнаго для того, по состоянію больнаго, момента; но не врачу напоминать объ этомъ больному: такое напоминаніе съ его стороны больной можетъ принять за смертный приговоръ. Напомнить объ этомъ должны сами ближніе больнаго, мотивируя однако свое напоминаніе не опасностью болѣзни, еще менѣе того близостью кончины, а тѣмъ, что исполненіе долга успокоитъ и потому укрѣпитъ больнаго.

Если же состояніе больнаго опасно, тѣмъ болѣе безнадежно, но ни онъ самъ, ни его ближніе не обращаются къ врачу съ вопросами, о которыхъ говорено выше, то долгъ врача своевременно напомнить объ устройствѣ дѣлъ и религіозномъ на-

путствіи ближнимъ больнаго и, черезъ нихъ, ему самому.

Предсказаніе для окружающихъ больнаго. Необходимость для послѣднихъ знать истинное положеніе больнаго для принятія требуемыхъ этимъ положеніемъ различнаго рода мѣръ, а равно и отвѣтственность, которую несетъ врачъ, требуютъ, чтобы онъ освѣдомлялъ ближайшихъ къ больному, важнѣйшихъ въ семьѣ лицъ о положеніи послѣдняго, не скрывая ничего. Изъ названныхъ лицъ слѣдуетъ освѣдомлять тѣхъ, которые сами по состоянію здоровья могутъ безопасно перенести иногда роковое сообщеніе.

Вообще же при предсказаніи слѣдуетъ быть точну и немногословну въ выраженіяхъ. Я обыкновенно употребляю слѣдующую формулу, которая для громаднаго большинства случаевъ обнимаетъ всѣ возможности: 1) *случай (или положеніе) несерьезный*, гдѣ опасности нѣтъ и быть не можетъ;—2) *случай серьезный*, гдѣ опасности на-лицо нѣтъ, но она можетъ быть, можетъ появиться; — 3) *случай опасный, но не безнадежный*, гдѣ опасность уже на-лицо, но есть еще возможность хорошаго исхода, слѣдовательно еще не потеряна надежда;—4) *случай безнадежный*. Конечно, употребляя выраженія „случай (или положеніе) несерьезный, серьезный, опасный и безнадежный“, я объясняю, какъ выше показано, чтó именно разумѣю подъ этими выраженіями.

IV. Лѣченіе (therapia). Главное правило при назначеніи лѣченія—то же, что и при другихъ клиническихъ занятіяхъ, т.-е. соблюденіе метода и индивидуализированія. Начинающій врачъ, которому клиническое обученіе не вкоренило привычки не-

уклонно соблюдать названное правило, поступаетъ обыкновенно такъ: дѣлаетъ распознаванiе главнаго болѣзненнаго состоянiя въ данномъ случаѣ и потомъ, по памяти или по книгѣ, выбираетъ какое-либо средство изъ нѣсколькихъ рекомендуемыхъ, причемъ удачный или неудачный выборъ зависитъ отъ случайности. Соблюденiе же названнаго правила указываетъ другой путь, несравненно болѣе свободный отъ случайности, болѣе вѣрный,—одновременно методическiй, при которомъ ничего не будетъ упущено, и вмѣстѣ индивидуализующiй, при которомъ выступятъ всѣ особенности даннаго случая и, слѣдовательно, всѣ вытекающiя изъ нихъ показанiя и противопоказанiя къ лѣченiю. Путь этотъ таковъ: держась того же порядка, какой соблюдался при изслѣдованiи и распознаванiи, слѣдуетъ послѣдовательно обсуждать, какiя гигiеническiя мѣры, какiя лѣчебныя средства показуются найденными при распознаванiи разстройствами органовъ пищеваренiя или другихъ брюшныхъ,—далѣе, что показуется имѣющимися разстройствами органовъ дыханiя или кровообращенiя и т. д.,—обозрѣвая непорядки, найденные во всѣхъ частяхъ организма;—засимъ слѣдуетъ обсудить, не противопоказуются ли мѣры и средства, показуемыя непорядками въ однихъ органахъ, разстройствомъ другихъ, и, такимъ образомъ, взвѣсивъ всѣ показанiя и противопоказанiя, отдать преимущество важнѣйшему и изъ нѣсколькихъ рекомендуемыхъ противъ главнаго болѣзненнаго состоянiя средствъ выбрать то, которое наиболѣе показуется и наименѣе противопоказуется состоянiемъ организма вообще.

Къ этому главному правилу при назначенiи лѣ-

ченія прибавлю необходимѣйшія замѣчанія о тѣхъ качествахъ, которыя, по моему мнѣнію, должна имѣть терапія.

1. Исторія медицины свидѣтельствуетъ, что періоды увлеченія лѣкарствами смѣняются періодами терапевтическаго нигилизма. Тридцать лѣтъ назадъ мнѣ лично пришлось наблюдать окончаніе періода такого нигилизма въ Германіи,—періода, начало котораго восходитъ ко времени и отчасти вліянію основателя такъ-называемой гомеопатіи, Ганемана; окончаніе періода подготовлялось усиліями лучшихъ представителей германской медицины, какъ наприм. Вирхова, возставшихъ противъ терапевтическаго нигилизма. Въ настоящее время, благодаря открытію многихъ новыхъ и отчасти весьма полезныхъ средствъ, вездѣ замѣчается нѣкоторое увлеченіе лѣкарствами, поддерживающееся притомъ еще бо́льшимъ, тоже вездѣ наблюдаемымъ недостаткомъ врачебной практики — пренебреженіемъ гигіены. Не то чтобы въ настоящее время не сознавалась важность гигіены,—она признается болѣе чѣмъ когда-либо,—но соблазнъ считать врачебный совѣтъ исполненнымъ, если данъ рецептъ, стоящій столь малаго труда, и тѣмъ избѣжать тяжелаго гигіеническаго изслѣдованія даннаго случая и основывающагося на немъ врачебнаго совѣта—нерѣдко бываетъ причиной названнаго пренебреженія гигіены. Равно избѣгая терапевтическаго нигилизма и увлеченія лѣкарствами, въ особенности слѣдуетъ ясно и добросовѣстно сознавать, что истинный, дѣйствительный, а не кажущійся только врачебный совѣтъ есть лишь тотъ, который основывается на полномъ освѣдомленіи объ образѣ жизни, а также настоящемъ и

прошломъ состояніи больнаго, и который заключаетъ въ себѣ не только планъ лѣченія, но и ознакомленіе больнаго съ причинами, поддерживающими его болѣзнь и коренящимися въ его образѣ жизни,—разъясненіи больному, что лѣченіе лишь облегчаетъ выходъ къ здоровью, а прочное установленіе и сохраненіе послѣдняго невозможно безъ избѣжанія названныхъ причинъ,—словомъ, разъясненіе больному его индивидуальной гигіены. Здѣсь же слѣдуетъ прибавить, что такъ какъ больные большею частью люди съ слабой волею, то долгъ врача помочь имъ своею твердостью и, назначая для лѣченія и образа жизни лишь необходимыя мѣры, настойчиво требовать ихъ неуклоннаго исполненія.

2. По возможности слѣдуетъ избѣгать, особенно начинающему врачу, одновременнаго употребленія многихъ лѣкарствъ. При одномъ средствѣ—виднѣе его дѣйствіе и начинающій скорѣе отличитъ послѣднее отъ перемѣнъ въ состояніи больнаго, не зависящихъ отъ лѣкарства. Если необходимо употребить одновременно два или три лѣкарства, то не слѣдуетъ давать ихъ въ одной оболочкѣ, а каждое порознь, точно обозначая время, когда какое принимать: къ ночи (наприм. для утишенія кашля, мѣшающаго сну или прямо снотворное), или утромъ, или при принятіи пищи, при извѣстныхъ припадкахъ и т. д. Такимъ образомъ точнѣе удовлетворяются терапевтическія показанія, виднѣе дѣлается дѣйствіе лѣкарствъ и слѣдовательно врачъ скорѣе пріобрѣтаетъ опытность въ употребленіи послѣднихъ. Нерѣдко встрѣчающіеся рецепты изъ 4—5 и болѣе лѣкарствъ положительно неправильны: кто знаетъ, что нужно внимательно обсудить

перемѣны въ состоянiи больнаго, чтобы точно убѣдиться въ дѣйствiи даже одного лѣкарства, что гораздо труднѣе опредѣлить, въ данномъ случаѣ, дѣйствiе одновременно употребляемыхъ двухъ, тѣмъ болѣе трехъ лѣкарствъ, тотъ понимаетъ, что точно опредѣлить дѣйствiе *смѣси* большаго числа лѣкарствъ невозможно и что нѣтъ никакой основательной причины употреблять такiя смѣси иначе, какъ въ качествѣ исключенiй, и то до поры до времени. Дѣйствительно число сохранившихся доселѣ въ употребленiи старинныхъ смѣсей ничтожно по сравненiю съ ихъ прежнимъ изобилiемъ. Созданiе же вновь такихъ смѣсей,—въ образѣ наприм. пилюль изъ семи ингредiентовъ,—при современномъ, столь законномъ и необходимомъ стремленiи къ точности врачебнаго дѣйствiя, есть печальный анахронизмъ.

3. Больничная терапiя вообще наклонна къ односторонности, къ преимущественному употребленiю аптечныхъ средствъ, „лѣкарствъ". Такая же односторонность можетъ быть и въ клиникѣ, какъ въ больницѣ, а слѣдовательно можетъ и передаваться слушателямъ, если клиницистъ не заботится о предотвращенiи такого недостатка. Поэтому долгъ клиническаго преподавателя, — удовлетворивъ прежде всего, сколько позволяютъ больничныя условiя, требованiямъ индивидуальной гигiены больнаго,—прилагать наравнѣ съ аптечными средствами и всѣ другiя, знакомить слушателей съ такъ-называемыми спецiальными терапiями: бальнеотерапiей (минеральныя воды для питья и ваннъ, гидротерапiя и пр.), климатической терапiей, употребленiемъ сжатаго воздуха и вообще ингаляцiонной терапiей, электричествомъ, кинезитерапiей

(массажемъ и гимнастикой), лѣченіемъ извѣстной діэтой и пр., прямо прилагая названные способы лѣченія или, если это невозможно (наприм. для климатической терапіи), то указывая, по крайней мѣрѣ, на показанія къ ихъ употребленію, имѣющіяся въ разсматриваемомъ болѣзненномъ случаѣ. Если невозможно требовать отъ каждаго врача, чтобы онъ такъ же виртуозно владѣлъ всѣми спеціальными терапіями, какъ каждый терапевтъ-спеціалистъ своею спеціальною терапіей, то, какъ наименьшее, можно и должно требовать, чтобы каждый врачъ зналъ, гдѣ и когда нужна та или другая спеціальная терапія, какъ онъ знаетъ, гдѣ и когда нужно то или другое аптечное средство. Да и важнѣйшіе методы и пріемы спеціальныхъ терапій, разъ они уже выработаны спеціалистами, обыкновенно легко усвоить и не будучи спеціалистомъ.

V. Наблюденіе теченія болѣзни. Дѣло врача, понятнымъ образомъ, не оканчивается распознаваніемъ, предсказаніемъ и назначеніемъ лѣченія: онъ долженъ выполнить послѣднее. Точно также долгъ клиническаго преподавателя — не ограничиваться распознаваніемъ, предсказаніемъ и назначеніемъ плана лѣченія, а выполнять его передъ слушателями, знакомить ихъ со всѣми трудностями и особенностями врачебной практики, которыя открываются вполнѣ лишь при самомъ производствѣ лѣченія. Для этого клиническій преподаватель долженъ учить своихъ слушателей умѣнью наблюдать больнаго, умѣнью обсуждать происходящія въ состояніи послѣдняго перемѣны, отличать тѣ, которыя зависятъ отъ хода самой болѣзни, отъ тѣхъ, которыя условливаются лѣченіемъ, обсуждать результаты послѣдняго и, соображаясь съ ними, или

держаться принятаго плана лѣченія, или измѣнять послѣдній по указаніямъ наблюденія, напоминая слушателямъ, что врачъ есть лишь minister naturae. Нельзя не сказать, что нерѣдко клиницисты не отдаютъ должнаго вниманія наблюденію, хотя безъ послѣдняго дѣло клиническаго преподаванія, постоянно начинаясь и постоянно не будучи доводимо до конца, не достигаетъ своей цѣли, далеко не приноситъ той пользы, которую можетъ и должно приносить. Но нельзя также не сказать, что нужна извѣстная преподавательская опытность и вмѣстѣ большое вниманіе въ распредѣленіи времени, назначеннаго на клиническое преподаваніе, и всегда краткаго, чтобы умѣть выполнить всѣ обязанности клинициста, въ особенности въ такой обширной клиникѣ, какъ клиника внутреннихъ болѣзней: познакомить съ изслѣдованіемъ, распознаваніемъ, предсказаніемъ и назначеніемъ лѣченія въ типическихъ случаяхъ по всѣмъ отдѣламъ внутреннихъ болѣзней по возможности равномѣрно и достаточно и, при этомъ, найти время для ознакомленія съ выполненіемъ лѣченія, съ наблюденіемъ больнаго, а также и для того, чтобы привлекать слушателей къ участію во всѣхъ названныхъ занятіяхъ и нерѣдко еще для того, чтобы пополнять пробѣлы свѣдѣній у слушателей, о чемъ тотчасъ будетъ рѣчь.

VI. Пополненіе пробѣловъ въ свѣдѣніяхъ слушателей бываетъ иногда необходимо потому, что послѣдніе, вслѣдствіе трудности соблюсти полную послѣдовательность преподаванія, приходятъ въ клинику не имѣя еще, особенно въ началѣ академическаго года, свѣдѣній по нѣкоторымъ отдѣламъ патологіи и еще чаще терапіи, въ особенности изъ обла-

сти специальныхъ терапій. Иногда же необходимо бываетъ знакомить слушателей съ особо важными перемѣнами или пріобрѣтеніями въ ученіи о той болѣзни (или о томъ отдѣлѣ болѣзней), случай которой предстоитъ,—перемѣнами или пріобрѣтеніями, которыя совершились въ самое послѣднее время и за которыми учащимся, конечно, трудно слѣдить самимъ.

VII. Вскрытія имѣютъ чрезвычайную важность для клиники, какъ для орудія успѣховъ медицины, какъ науки. Они прибавляютъ къ прижизненному наблюденію новыя данныя, уясняющія дѣло, и такимъ образомъ подвигаютъ діагностику и вообще патологію, а слѣдовательно и теранію. Исторія медицины свидѣтельствуютъ, что лишь успѣхи патологической анатоміи сдѣлали возможными успѣхи діагностики, дали возможность образоваться частной патологіи, а слѣдовательно и частной терапіи. Для клиническаго преподаванія вскрытія важны какъ повѣрка прижизненныхъ заключеній, какъ средство дать слушателямъ, будущимъ врачамъ, убѣжденіе въ возможности вѣрнаго діагноза, а слѣдовательно и вѣрной терапіи. Но не слѣдуетъ забывать, что вскрытіе далеко не единственная повѣрка врачебныхъ заключеній, что безпрестанная повѣрка дается теченіемъ (и исходомъ) болѣзни. Поэтому со стороны клиническаго преподавателя было бы неправильно, было бы неисполненіемъ своего долга—учить распознаванію и *лѣченію* болѣзней,—еслибы при выборѣ случаевъ для представленія слушателямъ онъ отдавалъ преимущество такимъ, гдѣ предстоитъ вскрытіе, т.-е. гдѣ лѣченіе безсильно.

Значеніе клиники въ медицинѣ, какъ въ наукѣ.

Изъ предыдущаго видно, что въ дѣлѣ врачебнаго образованія клиника занимаетъ важнѣйшее мѣсто. Такое же мѣсто занимаетъ она, такое же значеніе имѣетъ и въ медицинѣ, какъ въ наукѣ. Какъ нѣкогда необходимость помочь больному человѣку была причиной созданія медицинской практики и затѣмъ медицинской науки, такъ и доселѣ клиническая, т.-е. врачебно-практическая, дѣятельность продолжаетъ быть источникомъ и стимуломъ прогресса медицины, совершенствуя семіотику, діагностику, патологію вообще и терапію, давая поводъ къ экспериментальнымъ изслѣдованіямъ съ цѣлью выясненія самой сущности болѣзней и ихъ лѣченія. Что касается отношенія научно-клинической дѣятельности къ дѣлу клиническаго обученія, то клиническій преподаватель всегда имѣетъ возможность, не тратя лишняго времени и не отвлекаясь отъ своей главной цѣли, указывать слушателямъ при удобныхъ случаяхъ на роль и важность клиническаго наблюденія для прогресса медицины и такимъ образомъ знакомить ихъ и съ этимъ значеніемъ клиники. Но онъ долженъ помнить, что его первый долгъ есть клиническое обученіе, образованіе научно-*практическихъ* дѣятелей, врачей,— что значительная трата времени на что другое, а не на клиническое обученіе, ведетъ лишь къ преждевременному, а потому и безполезному отвлеченію еще незрѣлыхъ слушателей отъ ихъ необходимѣйшихъ занятій, отъ удовлетворенія ихъ насущнѣйшимъ потребностямъ.

Заключая введеніе въ клиническія занятія, слѣдуетъ сказать **о взаимной дѣятельности клиниче-**

скаго профессора, ординаторовъ клиники и слушателей.

Дѣло профессора: во 1-хъ, самому неуклонно соблюдать, въ своей клинической дѣятельности, методъ и индивидуализированіе и тѣмъ вкоренять соблюденіе послѣднихъ въ своихъ слушателяхъ.

Во 2-хъ, обдуманно распредѣлять назначенное для клиническаго преподаванія время, чтобы по возможности равномѣрно выполнить всѣ обязанности клинициста. Я перечислилъ послѣднія выше, когда рѣчь шла о наблюденіи больнаго (стр. 36). Что же касается, въ частности, ознакомленія слушателей въ теченіе академическаго года съ типическими случаями по всѣмъ отдѣламъ внутреннихъ болѣзней по возможности достаточно и равномѣрно, то считаю умѣстнымъ обозначить здѣсь порядокъ, который, на основаніи многолѣтняго опыта, нахожу при этомъ наиболѣе пригоднымъ. Я начинаю клинику внутреннихъ болѣзней въ первую половину академическаго года (седьмой семестръ) съ болѣзней органовъ пищеваренія (желудка, кишекъ, печени и пр.), какъ самыхъ важныхъ по ихъ частотѣ и относительно большей излѣчимости. Такъ какъ въ первыхъ же случаяхъ, представляемыхъ слушателямъ, неизбѣжно встрѣчаются и функціональныя разстройства нервной системы, то въ этомъ же полугодіи подробно разсматриваются и эти послѣднія. Здѣсь же приходится останавливаться на болѣзняхъ брюшины, болѣе легкихъ почечныхъ болѣзняхъ (почечномъ пескѣ и катаррѣ почечнаго таза) и подагрѣ, которыя такъ часто встрѣчаются вмѣстѣ съ болѣзнями пищеварительныхъ органовъ и такъ связаны съ ними генетически. Во вторую половину академическаго года (вось-

мой семестръ) разсматриваются болѣзни органовъ дыханія и кровообращенія (въ ихъ семіотикѣ, а отчасти и діагностикѣ уже знакомыя слушателямъ изъ пропедевтической клиники), а также болѣе тяжелыя почечныя болѣзни (воспаленія, перерожденія и пр.). На сифилисѣ внутренностей приходится останавливаться по преимуществу въ первомъ полугодіи, по причинѣ частоты сифилиса печени. Острыя заразныя болѣзни,—тифы, возвратная горячка, малярія, воспаленія легкихъ, острый сочленовный ревматизмъ, рожа лица и пр.,—разстройства питанія (діабетъ, анеміи, тучность и пр.) и встрѣчающіяся въ клиникѣ внутреннихъ болѣзней пораженія органовъ движенія (мышцъ и периферическихъ нервовъ, сочлененій и костей) разсматриваются въ обоихъ полугодіяхъ. Строго провести дѣленіе содержанія клиники внутреннихъ болѣзней между двумя полугодіями невозможно, главнымъ образомъ потому, что обыкновенно встрѣчаются случаи сложные, гдѣ кромѣ главной болѣзни, принадлежащей къ отдѣлу внутренней патологіи, разсматриваемому въ данномъ полугодіи, есть и болѣзненныя состоянія, которыя хотя и отнесены къ другому полугодію, но для полнаго изслѣдованія и индивидуализированія даннаго случая должны быть разсмотрѣны столь же внимательно, какъ и главная болѣзнь. Что касается спеціальныхъ терапій, то объ употребленіи минеральныхъ водъ для питья говорится при брюшныхъ болѣзняхъ, объ ингаляціонной и климатической терапіи при болѣзняхъ органовъ дыханія, о діэтетической терапіи при брюшныхъ болѣзняхъ, при тучности и при упадкѣ питанія, о кинезитерапіи и лѣченіи электричествомъ при различныхъ слу-

чаяхъ, о бальнеотерапіи—въ концѣ академическаго года, въ теченіе котораго слушателямъ обыкновенно приходится достаточно наблюдать разнообразныя приложенія гидротерапіи.

Въ 3-хъ, дѣло клиническаго преподавателя постоянно привлекать слушателей къ участію въ клиническихъ занятіяхъ. Что касается *объективнаго изслѣдованія*, то все доступное зрѣнію и отчасти (постукиваніе) слуху обыкновенно можно бываетъ демонстрировать всей аудиторіи. Доступное же лишь осязанію и выслушиванію для представленія многочисленной аудиторіи требуетъ столько времени, что въ клиникѣ внутреннихъ болѣзней невозможно и, какъ предметъ преподаванія, есть дѣло пропедевтической клиники; но я считаю нужнымъ всегда, при всякомъ случаѣ, дать возможность хотя нѣсколькимъ слушателямъ лично убѣдиться ощупываніемъ и выслушиваніемъ по крайней мѣрѣ въ важнѣйшихъ данныхъ — въ тѣхъ, на которыхъ основывается діагнозъ. Такимъ образомъ въ теченіе года многіе пріобрѣтутъ опытность въ объективномъ изслѣдованіи подъ руководствомъ преподавателя (другіе же подъ руководствомъ ординаторовъ, о чемъ рѣчь ниже); а главное—вся аудиторія убѣждается, что діагнозъ основывается на данныхъ, доступныхъ изслѣдованію не только опытнаго преподавателя, но и начинающаго врача. При *разспросѣ*, *распознаваніи*, *предсказаніи и назначеніи лѣченія*, какъ при первоначальномъ разборѣ даннаго случая, такъ и при дальнѣйшемъ наблюденіи послѣдняго, прежде чѣмъ сказать свое заключеніе, я спрашиваю мнѣніе нѣсколькихъ слушателей, а въ болѣе трудныхъ случаяхъ обращаюсь ко всей аудиторіи, спрашивая, кто можетъ отвѣтить на по-

ставленный вопросъ. Такой прiемъ не только привлекаетъ слушателей къ участiю въ клиническихъ занятiяхъ, но и быстро возбуждаетъ въ нихъ интересъ къ послѣднимъ.

Ординаторы клиники, какъ самостоятельные и отвѣтственные врачи, должны исполнять свои врачебныя обязанности, т.-е. изслѣдованiе, распознаванiе, предсказанiе, лѣченiе и наблюденiе, въ присутствiи и съ участiемъ слушателей клиники и со строгимъ удовлетворенiемъ требованiямъ школы, т.-е. методически и индивидуализируя, — продолжая такимъ образомъ дѣло преподавателя, помогая слушателямъ упражненiемъ укрѣпиться въ навыкѣ къ методу и индивидуализированiю и слѣдовательно содѣйствуя клиническому институту въ совершеннѣйшемъ достиженiи его цѣли. Не менѣе выигрываютъ при этомъ личное самосовершенствованiе ординаторовъ, — иногда будущихъ клиническихъ преподавателей, — и лѣченiе клиническихъ больныхъ.

Дѣло слушателей, кромѣ участiя въ клиническихъ занятiяхъ профессора и ординаторовъ, состоитъ *въ веденiи и описанiи исторiй болѣзней и клиническомъ дежурствѣ*.

Веденiе исторiи болѣзни. Исторiя начинается съ обозначенiя того, что найдено при поступленiи больнаго въ клинику: главныя жалобы его, условiя и образъ его жизни, результаты изслѣдованiя настоящаго и прошлаго состоянiя больнаго. Затѣмъ слѣдуетъ дневникъ, т.-е. ежедневная отмѣтка лѣченiя и перемѣнъ въ состоянiи больнаго.

Въ *описанiи исторiи болѣзни*, представляемомъ въ концѣ полугодiя и служащемъ вмѣстѣ съ веденною исторiей болѣзни свидѣтельствомъ прилежа-

нія для зачета семестра, помѣщается найденное при первоначальномъ изслѣдованіи, затѣмъ основывающіеся на послѣднемъ—мотивированные распознаваніе, предсказаніе и планъ лѣченія, а наконецъ дневникъ въ связномъ, историческомъ изложеніи. Въ случаѣ вскрытій отмѣчаются ихъ результаты. Эпикритическія замѣтки желательны, но не обязательны, потому что не каждая исторія болѣзни можетъ дать къ нимъ поводъ.

Дежурство въ клиникѣ даетъ возможность слушателямъ на свободѣ наблюдать картины болѣзней и знакомиться съ приложеніемъ различныхъ методовъ изслѣдованія, а также и лѣченія (наприм. съ гидротерапіей, массажемъ, электротерапіей и проч.).

ПРИБАВЛЕНІЯ.

1. О КРОВЕИЗВЛЕЧЕНІИ.

I. О КРОВЕИЗВЛЕЧЕНІИ.

(Сообщеніе въ годичномъ засѣданіи Физико-Медицинскаго Общества въ январѣ 1889 года).

Мм. Гг.!

Я намѣренъ говорить о кровеизвлеченіи,—лѣчебномъ средствѣ, пользѣ и важности котораго научилъ меня многолѣтній опытъ. Буду говорить о кровеизвлеченіи лишь въ знакомой мнѣ области внутреннихъ болѣзней, не касаясь хирургіи, гинекологіи, педіятріи и пр.

Здѣсь не мѣсто излагать исторію кровеизвлеченія, начинающуюся, вѣроятно, вмѣстѣ съ исторіей самой медицины. Коснусь, по отношенію къ кровеизвлеченію, лишь того періода исторіи медицины, которому самъ былъ очевидцемъ; коснусь для того, чтобы показать, какъ сложилась моя личная опытность въ употребленіи этого средства. Во время моего студенчества и трехлѣтняго клиническаго ординаторства кровеизвлеченія, мѣстныя и общія, дѣлались часто и щедро: еще сказывалось вліяніе Бруссе, хотя въ смягченномъ и, прибавлю, постоянно уменьшавшемся размѣрѣ. Отправясь затѣмъ, въ 1856 г., въ западную Европу, я встрѣтилъ тамъ полную реакцію противъ кровеизвлеченій въ литературѣ и практикѣ: за три года моего пребыванія за границей нигдѣ, ни въ одной клиникѣ какъ Германіи, Австріи, такъ и Франціи, я не видѣлъ употребленія кровопусканій и, какъ рѣдчайшее явленіе, наблюдалъ приставленіе банокъ и піявокъ. Возвратясь въ Москву, нашелъ и здѣсь начало такой же реакціи, приведшей къ тому, что лѣтъ черезъ 8 или

10 послѣ того въ практикѣ (я говорю не о своей) установилось почти то же отрицательное отношенiе къ кровеизвлеченiю, какъ и въ западной Европѣ (въ Англiи было то же, что и на материкѣ).

Обратимся къ настоящему положенiю занимающаго насъ вопроса. Въ западной Европѣ начинаютъ раздаваться голоса, жалующiеся на несправедливое осужденiе и забвенiе кровеизвлеченiй: такъ, наприм., въ Англiи—Fenwick, Broadbent, Olier, во Францiи—Hayem, въ Германiи — извѣстные клиницисты и авторы сочиненiй по частной патологiи и терапiи—Liebermeister, Strümpell, Eichhorst. Но все же эти голоса жалуются на забвенiе, слѣдовательно послѣднее продолжается. Liebermeister, Strümpell и Eichhorst рекомендуютъ кровеизвлеченiя, но не даютъ достаточно точныхъ показанiй къ послѣднимъ, обнаруживая тѣмъ слабую личную опытность. По поводу же этихъ рекомендацiй интересно замѣчанiе тоже клинициста и автора учебника частной патологiи и терапiи, Jürgensen'а, откровеннаго скептика по отношенiю къ кровеизвлеченiю, такъ говорящаго о себѣ: „Я лично, быть-можетъ, слишкомъ уже боюсь крови и потому лучше удержусь отъ высказыванiя своего взгляда“ *). Упомянутое замѣчанiе, очевидно направленное по адресу Либермейстера, Штрюмпеля и Эйхгорста,—авторовъ наиболѣе распространенныхъ руководствъ частной патологiи и терапiи,—гласитъ: „Въ нашихъ теперешнихъ руководствахъ замѣчается стремленiе не отказываться вовсе отъ кровеизвлеченiй, хотя бы самъ авторъ такого руководства in praxi и вовсе не употреблялъ ихъ или употреблялъ лишь изрѣдка“ **).

Что касается нашей медицины, то за исключенiемъ Москвы

*) *Ziemssen*. Handbuch der allgemeinen Therapie. I B. 2t. u. 3tt. Th. Antiphlogistische Heilmethoden v. *Jürgensen*. S. 159. „Ich für meine Perso.. bin vielleicht übertrieben blutscheu und möchte daher mit meinem Urtheil zurückhalten“.

**) Ibidem, S. 219. „Man erkennt in unseren heutigen Lehrbüchern das Bestreben die Blutentziehungen nicht ganz fallen zu lassen, auch dann, wenn der Verfasser in praxi seltenen oder gar keinen Gebrauch davon macht“.

и тяготѣющаго къ ней, въ медицинскомъ отношенiи, района въ остальныхъ мѣстахъ, — какъ въ главныхъ медицинскихъ центрахъ, университетскихъ городахъ, такъ и въ областяхъ ихъ влiянiя, — къ кровопусканiю, да и вообще къ кровеизвлеченiю относятся, сколько мнѣ извѣстно, отрицательно. Литературныхъ указанiй по этому предмету я не могу привести, потому что не знаю таковыхъ; но все, что извѣстно изъ практики, свидѣтельствуетъ о рѣзко-отрицательномъ отношенiи къ кровеизвлеченiю, по крайней мѣрѣ до послѣдняго времени, въ вышеназванныхъ мѣстахъ. Такъ, наприм., больной—провинцiалъ, поставившiй по совѣту мѣстнаго врача, воспитанника Московскаго Университета, пiявки,—получившiй отъ нихъ большое облегченiе и направившiйся затѣмъ въ университетскiй городъ, не въ Москву, къ консультанту, клиническому профессору, услышалъ отъ него, послѣ разспроса о болѣзни, такое замѣчанiе: „да развѣ теперь ставятъ пiявки?“ Другой примѣръ: больной, страдавшiй болью подъ ложечкой и постоянной тошнотой вслѣдствiе крайней гиперемiи печени, — обусловленной отчасти слабою дѣятельностью сердца, отчасти излишнимъ употребленiемъ вина, — и нѣсколько мѣсяцевъ безъ пользы принимавшiй противъ этого аптечныя средства, обратился къ московскому врачу. Послѣднiй назначилъ приставленiе пiявокъ на копчикъ (regio coccygea): на другой же день названныя страданiя исчезли, при чемъ больной нисколько не ослабѣлъ. Черезъ мѣсяцъ облегченный больной возвращается въ свое постоянное мѣстожительство, разсказываетъ своему прежнему врачу, тоже клиническому профессору, объ улучшенiи здоровья и получаетъ такой отвѣтъ: „да вѣдь это только временное облегченiе“. Больной отвѣтилъ однако: „временное или нѣтъ, я не знаю, но мнѣ и то дорого; а прежнее аптечное лѣченiе и того мнѣ не сдѣлало“. Третiй примѣръ: больному, поставившему по совѣту московскаго врача пiявки и получившему облегченiе, другой врачъ, не москвичъ, предлагаетъ вопросъ:

„а сколько лѣтъ вашему врачу“. Больной отвѣчаетъ: „30“. „А я думалъ 70, говоритъ вопрошавшій, потому что онъ употребляетъ такія старинныя средства“. Отзывовъ въ родѣ приведенныхъ для примѣра приходилось мнѣ слышать много; а такихъ, которые были бы за кровеизвлеченіе, изъ вышеназванныхъ мѣстъ не слыхалъ. Курьёзно и то обстоятельство, что отрицательные отзывы по отношенію къ кровеизвлеченію исходятъ отъ лицъ, не употреблявшихъ кровеизвлеченій, а потому не имѣющихъ личной опытности въ этомъ способѣ лѣченія.

Обращаясь къ Москвѣ и области ея медицинскаго вліянія, скажу сначала о своемъ личномъ отношеніи къ занимающему насъ предмету. Какъ выше сказано, во время моего студенчества и клиническаго ординаторства кровеизвлеченія, мѣстныя и общія, дѣлались часто и щедро, такъ что я имѣлъ достаточно случаевъ видѣть ихъ несомнѣнную пользу, ихъ незамѣнимость въ извѣстныхъ случаяхъ и, въ другихъ, ихъ большой вредъ. Конечно лишь позднѣе, по мѣрѣ того, какъ росла моя врачебная зрѣлость, научился я точнѣе цѣнить ихъ полезное и ихъ вредное дѣйствіе. Ошибки врачебной практики того времени, времени моей несамостоятельной врачебной дѣятельности, состояли въ томъ, что кровопусканіями думали излѣчивать болѣзни,—„воспаленія“,—считая за воспаленія крупозную пневмонію, острый сочленовный ревматизмъ и пр.,—и потому, не обращая должнаго вниманія на состояніе силъ больнаго, дѣлали даже не одно, а нѣсколько послѣдовательныхъ кровопусканій (въ чемъ сказывалось „coup sur coup“ Бульйо), конечно не излѣчивая болѣзни, но ослабляя больнаго, роковымъ образомъ увеличивая условія дурнаго исхода болѣзни. Другою причиной несчастливой практики кровеизвлеченій было несовершенство діагностики того времени: такъ, наприм., при головной боли, гдѣ мы теперь изъ 10 случаевъ развѣ въ одномъ поставимъ піявки на копчикъ, тогда ставили изъ 10 въ 9, если не во всѣхъ десяти случа-

яхъ, и не 5—8 піявокъ, какъ теперь, а отъ 10 до 20 и болѣе. Къ вреднымъ явленіямъ того времени, въ области занимающаго насъ предмета, слѣдуетъ отнести понемногу укоренившійся въ обществѣ обычай употреблять мѣстныя кровеизвлеченія, иногда даже и общія, безъ совѣта врача,—обычай, къ счастію, исчезнувшій въ настоящее время, благодаря, слѣдуетъ признать это, періоду отрицательнаго отношенія врачей къ кровеизвлеченіямъ.

Но, повторяю, еще въ то же время, въ началѣ моего врачебнаго пути, мнѣ приходилось наблюдать несомнѣнную пользу и даже незамѣнимость кровеизвлеченій, такъ что я никогда не оставлялъ этого способа лѣченія; но, по указаніямъ многолѣтняго опыта, по мѣрѣ возраставшей врачебной зрѣлости и быстрыхъ успѣховъ науки въ области діагностики, патологіи вообще и терапіи, выработалъ иную практику кровеизвлеченій. Что касается московской врачебной практики вообще, то было время,—acme періода отрицательнаго отношенія къ кровеизвлеченіямъ, — когда я почти не встрѣчалъ товарищей, прибѣгавшихъ къ отвлекающему кровеизвлеченію, и когда на совѣщаніяхъ, предлагая послѣднее, приходилось отстаивать его. Въ настоящее время дѣло стоитъ иначе: моя практика и практика ряда ординаторовъ завѣдуемой мною клиники и моихъ личныхъ ассистентовъ, становившихся впослѣдствіи самостоятельными врачами, а отчасти и клиническими преподавателями, привели къ тому, что отвлекающія кровеизвлеченія въ томъ видѣ, какъ я ихъ практикую, получили въ Москвѣ и области ея медицинскаго вліянія право гражданства.

Перехожу теперь къ изложенію моей настоящей практики кровеизвлеченій. Я буду кратокъ, потому что намѣренъ сообщить лишь то, что считаю фактически вѣрнымъ, и не коснусь теорій, объясняющихъ и доказывающихъ пользу кровеизвлеченій. Такія теоріи при настоящемъ состояніи физіологіи и патологіи еще невозможны: нѣтъ такой теоріи, противъ ко-

торой нельзя бы было возразить; а при этомъ всегда есть опасность,—правда, лишь при легкомысленномъ отношенiи къ дѣлу,—что опровергая теорiю, объясняющую факты, считаютъ опровергнутыми и послѣднiе. Убѣжденiе же мое въ фактической пользѣ кровеизвлеченiй добыто тѣмъ же путемъ анализующаго и критическаго наблюденiя, какъ и мое личное убѣжденiе въ пользѣ всякаго другаго изъ безспорно дѣйствительныхъ средствъ нашей терапiи.

При всякомъ кровеизвлеченiи происходитъ большее или меньшее *опорожненiе* кровеносной системы: этого дѣйствiя кровеизвлеченiй конечно никто не отрицаетъ. О такъ-называемомъ *отвлекающемъ* дѣйствiи кровеизвлеченiй мнѣнiя различны: я лично убѣжденъ въ этомъ послѣднемъ дѣйствiи,—ниже объясню, что разумѣю подъ нимъ и приведу основанiя своему убѣжденiю.

I. Кровеизвлеченiя, гдѣ **главное дѣйствiе—опорожняющее**, хотя одновременно можетъ быть и отвлекающее.

Кровопусканiе (изъ вены) я употребляю, когда при разстройствѣ головнаго или груднаго кровообращенiя есть жизненное показанiе (indicatio vitalis), т.-е. показанiе спасти жизнь отъ предстоящей смертельной опасности, что бываетъ въ слѣдующихъ случаяхъ (говорю о важнѣйшихъ).

Разстройства головнаго кровообращенiя.—1. При явныхъ признакахъ грозящей или уже совершающейся *мозговой апоплексiи у больныхъ съ атероматозомъ артерiй*, обыкновенно вслѣдствiе разрыва мозговыхъ артерiй: при эмболiи и тромбозѣ показанiя къ кровопусканiю бываютъ несравненно рѣже. Считаю необходимымъ сдѣлать здѣсь замѣтку о пульсѣ. Кровопусканiе въ названныхъ случаяхъ слѣдуетъ дѣлать не только при полномъ и сильномъ пульсѣ, но и при слабомъ, если только больной не малокровенъ. Скажу даже, что большею частью бываютъ такiе случаи:—пульсъ слабъ, а больной хорошо упитанъ, на видъ не малокровенъ, а полнокровенъ и разспросъ

окружающихъ показываетъ, что больной пользовался хорошимъ аппетитомъ и пищеваренiемъ, никакими потерями крови не страдалъ, жаловался обыкновенно не на зябкость, а на чувство жара и т. д. Въ такихъ случаяхъ малый пульсъ указываетъ не на малокровiе, а на слабость сердечной мышцы, именно лѣваго желудочка, или на разстройство сердечной иннерваціи, которое въ свою очередь можетъ зависѣть отъ условливающаго апоплектическій инсультъ разстройства головнаго кровообращенія. Здѣсь слѣдуетъ пустить кровь и одновременно дать возбуждающія per os или въ подкожномъ впрыскиваніи: нерѣдко тотчасъ послѣ кровопусканія, даже во время послѣдняго, пульсъ дѣлается полнѣе и сильнѣе. Кровопусканіе какъ въ этомъ, такъ и въ другихъ ниженазванныхъ случаяхъ должно дѣлаться не иначе, какъ въ присутствіи врача. Что касается количества извлекаемой крови, то какъ при вышеназванномъ показаніи, такъ и при другихъ я не извлекаю у взрослыхъ болѣе 12 унцій,—нерѣдко же, смотря по сложенію, питанію и кроветворенію больнаго и другимъ особенностямъ даннаго случая, менѣе—восемь или шесть унцій.

2. При явныхъ признакахъ грозящей или уже совершающейся *мозговой апоплексіи у больныхъ съ хроническимъ нефритомъ и гипертрофіей лѣваго желудочка.* Часто въ учебникахъ при лѣченіи уреміи рекомендуется и кровопусканіе, но безъ обозначенія точныхъ показаній, отсутствіе которыхъ для рекомендуемыхъ средствъ составляетъ впрочемъ обычную слабую сторону учебниковъ. Въ данномъ случаѣ это можетъ ввести молодаго врача въ роковую ошибку: если при уремическихъ явленіяхъ есть и признаки грозящей мозговой апоплексіи и при этомъ полный и сильный пульсъ вслѣдствіе гипертрофіи лѣваго желудочка, красное лицо и пр., то конечно слѣдуетъ пустить кровь; но если признаковъ грозящей апоплексіи нѣтъ, лицо блѣдно, пульсъ слабъ, есть значительные отеки, то кровопусканіе можетъ сильно повредить больному, если не прямо убить его, ускоривъ развитіе

отека мозга. Въ послѣднемъ случаѣ слѣдуетъ не кровь пускать, а дать возбуждающія и, главное, каломель, какъ слабительное и мочегонное средство, дѣйствіе котораго прямо уменьшаетъ уремическое отравленіе крови.

Разстройства груднаго кровообращенія.—1. Бываютъ случаи, правда рѣдкіе, *при болѣзняхъ сердца*, всего чаще при съуженіи лѣваго венознаго отверстія, когда больной, еще не малокровный и вообще не истощенный, представляется въ состояніи крайняго разстройства кровообращенія, главнымъ образомъ малаго (крайняя одышка и кровохарканіе) и печеночнаго (весьма увеличенная и болѣзненная печень): здѣсь нѣтъ времени ждать дѣйствія средствъ, регулирующихъ сердечную дѣятельность и кровообращеніе; къ тому же лучшее изъ нихъ, digitalis, въ этихъ случаяхъ иногда плохо переносится и медленно дѣйствуетъ (медленно всасывается, что понятно при переполненіи кровью печени, а слѣдовательно и желудка). Здѣсь слѣдуетъ пустить кровь, дать возбуждающія (потому что пульсъ обыкновенно слабъ),—иногда каломель, если къ тому есть показаніе,—а потомъ digitalis, которая тогда обыкновенно уже хорошо переносится и хорошо дѣйствуетъ.

2. Бываютъ случаи, впрочемъ не частые, бурнаго наступленія крупозной пневмоніи, когда сразу поражается значительная часть одного легкаго и одновременно, вслѣдствіе затрудненнаго кровообращенія въ пораженномъ легкомъ, является отекъ другаго, здороваго легкаго, быстро растущій, иногда съ кровохарканіемъ. Если больной не старъ, хорошаго сложенія и до пневмоніи былъ въ цвѣтущемъ состояніи здоровья, то слѣдуетъ пустить кровь; если пульсъ при этомъ слабъ, что бываетъ далеко не часто, то конечно одновременно слѣдуетъ давать возбуждающія. Въ учебникахъ, послѣ разъясненія, что отекъ легкаго зависитъ отъ слабой дѣятельности лѣваго желудочка, обыкновенно совѣтуютъ, для лѣченія,—возбуждающія, а для облегченія праваго желудочка

кровопусканіе изъ переполненной венозной половины кровообращенія. Опять слѣдуетъ указать на такую неточность показаній, какъ огульная рекомендація кровопусканія при отекѣ легкаго. Если дѣло идетъ о вышеописанномъ случаѣ, то конечно слѣдуетъ пустить кровь. Но если дѣло идетъ объ отекѣ легкаго, появляющемся въ концѣ крупозной пневмоніи, послѣ семи, восьми или болѣе дней болѣзни,—у больнаго, уже ослабѣвшаго, съ явленіями коллапса, то не должно прибѣгать къ кровопусканію, какъ къ крайне рискованному, при такихъ условіяхъ, средству, а слѣдуетъ, давая возбуждающія, обратиться къ большимъ мушкамъ и сенегѣ. Впрочемъ по поводу рекомендаціи, учебниками, кровопусканія противъ отека легкаго опять приходитъ на память вышеприведенное замѣчаніе Юргенсена, что авторы учебниковъ рекомендуютъ кровопусканіе, но сами не употребляютъ его.

Мѣстныя кровеизвлеченія, банки съ насѣчками и піявки, я употребляю, съ цѣлью *опорожненія* кровеносныхъ сосудовъ, въ слѣдующихъ случаяхъ (говорю о самыхъ частыхъ).

1. При острой плевропневмоніи и остромъ плевритѣ. При чистомъ перикардитѣ, неосложненномъ значительнымъ плевритомъ, рѣдко приходится прибѣгать къ кровеизвлеченію: обыкновенно для удовлетворенія терапевтическимъ показаніямъ бываетъ достаточно мушки, правда большой. *2. При остромъ нефритѣ. 3. При остромъ воспаленіи большихъ нервныхъ стволовъ*, главнымъ образомъ сѣдалищныхъ нервовъ (ischias ex neuritide acuta).

При всѣхъ вышеназванныхъ случаяхъ ставлю не піявки, а банки съ насѣчками. Послѣднимъ отдаю преимущество предъ піявками во всѣхъ случаяхъ, гдѣ (какъ въ вышеназванныхъ) мѣстныя условія позволяютъ употребить ихъ,—по слѣдующимъ причинамъ: приложеніе и дѣйствіе ихъ быстрѣе; —кровотеченіе по снятіи банокъ тотчасъ останавливается и не бываетъ послѣдовательнаго кровотеченія, такъ что точнѣе можно извлечь именно нужное количество крови, не ослабляя

больнаго (что нерѣдко бываетъ при піявкахъ вслѣдствіе трудности остановить кровь и послѣдовательнаго кровотеченія);—при опорожняющемъ дѣйствіи бываетъ и отвлекающее, болѣе значительное чѣмъ при піявкахъ и тоже полезное въ вышеназванныхъ случаяхъ;—наконецъ банки съ насѣчками дешевле піявокъ и, какъ сказано, требуютъ меньшаго наблюденія больнаго послѣ ихъ приложенія, чѣмъ піявки.

Число банокъ къ вышеназванныхъ случаяхъ обыкновенно 6, рѣдко 4, иногда 8: послѣднее, наприм., при плевропневмоніи, когда къ плевритическимъ явленіямъ (сильныя боли въ боку, затрудняющія дыханіе и потому усиливающія одышку, вызываемую уже самой пневмоніей) присоединяются явленія бурнаго наступленія пневмоніи съ одновременнымъ отекомъ другаго, здороваго легкаго,—явленія, о которыхъ говорено выше, по поводу кровопусканія; въ такихъ, не крайне выраженныхъ случаяхъ банки могутъ замѣнить кровопусканіе.

Мѣстное кровеизвлеченіе, т.-е. какъ сказано банки съ насѣчками, я употребляю въ вышеназванныхъ случаяхъ при слѣдующихъ условіяхъ: при еще неослабленномъ состояніи больнаго, поэтому обыкновенно лишь въ началѣ болѣзни, въ первые 2—3 дня (при ishias ex neuritide и позднѣе);—при остромъ и сильномъ развитіи мѣстныхъ припадковъ, главное—болей. Касательно плеврита прибавлю, что и при немъ кровеизвлеченіе показуется, главнымъ образомъ, остротою формы при неослабленномъ состояніи больнаго, а не причиною плеврита: конечно гораздо чаще приходится дѣлать мѣстное кровеизвлеченіе при простудномъ и пневмоническомъ плевритѣ, чѣмъ при гнойномъ или плевритѣ у туберкулёзныхъ; но и два послѣдніе вида плеврита не составляютъ абсолютнаго противопоказанія къ мѣстному кровеизвлеченію. Дѣйствіе кровеизвлеченія обыкновенно сказывается въ уменьшеніи мучительныхъ болей, одышки (при грудныхъ болѣзняхъ), улучшеніи качества мочи (при остромъ нефритѣ), уменьшеніи лихорадочнаго состоянія, болѣе покойномъ снѣ и,—по

моимъ наблюденіямъ долженъ сказать,—въ болѣе легкомъ послѣдующемъ теченіи болѣзни.

Мѣсто приложенія банокъ: при названныхъ грудныхъ болѣзняхъ—обыкновенно на заднюю и боковыя поверхности груднаго ящика; при нефритѣ—на спину, на почечную сторону; при ischias ex neuritide—на ягодичную сторону, банокъ 4 — 5 средняго калибра *кругомъ* incisura ischiadica, оставляя средину для мушки, которую обыкновенно приходится ставить скоро, черезъ нѣсколько часовъ послѣ кровеизвлеченія. Не думаю, чтобы послѣднее замѣчаніе могло показаться мелочнымъ: при ischias ex neuritide мушка, большая, дѣйствуетъ всего лучше, если покрываетъ сторону incisurae ischiadicae и ея окружность и, всего лучше, если поставлена вскорѣ, черезъ нѣсколько часовъ послѣ кровеизвлеченія. Если же названное мѣсто, по неточному назначенію врача, испещрено насѣчками, на которыя прямо ставить мушку и крайне болѣзненно и можетъ условить отравленіе кантаридиномъ,—то приходится или ждать или ставить мушку въ другомъ мѣстѣ, отъ чего, въ обоихъ случаяхъ, больной проигрываетъ.

По этому же поводу не могу не замѣтить, что вообще часто не обращаютъ должнаго вниманія на то, какъ относиться къ поверхности тѣла въ мѣстѣ страданія, необдуманно пользуются ею, забывая, что именно на ней, при ея помощи, приходится иногда выдержать послѣднюю, рѣшительную борьбу съ болѣзнью. Такъ, наприм., при разныхъ грудныхъ страданіяхъ ставятъ сухія банки на грудь для облегченія одышки,—обыкновенно самаго ничтожнаго и самаго кратковременнаго,—ставятъ иногда такъ много и съ такимъ неумѣреннымъ усердіемъ, что въ рѣшительный часъ, какой обыкновенно приходится видѣть врачу-консультанту, когда, наприм. при развившемся отекѣ лёгкихъ, больнаго можно спасти лишь возбуждающими, сенегой и, главное, большими мушками *на грудь* (на другія части тѣла — не будетъ и тѣни того дѣйствія),

послѣдняя оказывается до того покрытою сильными экхимозами вслѣдствіе сухихъ банокъ, что не имѣется свободнаго отъ нихъ мѣста даже для небольшой мушки, а, какъ сказано, бываетъ нужна большая и обыкновенно не одна. Тоже, что о сухихъ банкахъ, слѣдуетъ сказать и о помазываніи кожи іодовою настойкой, столь же мало полезномъ въ названныхъ случаяхъ и столь же мѣшающемъ, позднѣе, мушкамъ.

4. Для мѣстнаго кровеизвлеченія съ опорожняющею цѣлью при болѣзняхъ живота, обыкновенно при ограниченномъ перитонитѣ (всего чаще при перитифлитѣ, иногда при перициститѣ желчнаго пузыря), употребляю піявки (банки на животѣ неудобны), числомъ отъ 6 до 10.

О мѣстномъ опорожняющемъ кровеизвлеченіи — приставленіи піявокъ—въ области головы буду говорить, для болѣе удобнаго изложенія, ниже, при отвлекающемъ кровеизвлеченіи.

II. Кровеизвлеченія, гдѣ конечно есть и опорожненіе, но главное дѣйствіе — отвлекающее.

Чтобы лучше объяснить, что я разумѣю подъ отвлекающимъ кровеизвлеченіемъ, я долженъ сначала говорить о *геморроѣ*.

Что такое геморрой? Да и есть ли что-нибудь въ области болѣзней дѣйствительно существующее, фактическое, что слѣдуетъ отличить особымъ терминомъ „геморрой“? Въ старинныхъ сочиненіяхъ много говорилось о геморроѣ. Позднѣе критика старинныхъ воззрѣній привела къ полному отрицанію ихъ, такъ что на извѣстное время геморрой исчезъ изъ учебниковъ патологіи. Теперь вновь начинаютъ, если не говорить о геморроѣ, какъ о самостоятельномъ болѣзненномъ состояніи, то по крайней мѣрѣ упоминать о свойственныхъ ему явленіяхъ: такъ въ учебникѣ Эйхгорста,—и то только въ немъ одномъ изъ современныхъ нѣмецкихъ учебниковъ па-

тологіи,—при описаніи болѣзней recti et ani описываются геморройныя molimina, предшествующія кровотеченію изъ задняго прохода,—слѣдовательно упоминается о геморройныхъ явленіяхъ, какъ о принадлежности названныхъ мѣстныхъ страданій.

Такъ думалъ и я въ началѣ моей практической дѣятельности, полагалъ, что нѣтъ геморроя, какъ особаго и притомъ не мѣстнаго, а общаго всему организму болѣзненнаго состоянія и что всѣ такъ называемыя геморройныя явленія условливаются извѣстными болѣзнями recti et ani при затрудненномъ кровообращеніи въ области воротной вены (вслѣдствіе запора, кишечнаго метеоризма, ожирѣнія живота, болѣзней печени и пр.). Опытъ научилъ меня другому: онъ показалъ мнѣ, что геморрой есть самостоятельное болѣзненное состояніе,—совершенно независимое отъ болѣзней recti, ani и вообще живота,—могущее встрѣчаться совмѣстно съ ними, также какъ и съ болѣзнями другихъ частей организма,—но точно также бывающее и безъ нихъ, при ихъ полномъ отсутствіи и, наоборотъ, еще чаще *не* бывающее, когда они имѣются. Это болѣзненное состояніе условливаетъ періодическое появленіе болѣзненныхъ припадковъ головныхъ, спинныхъ, грудныхъ и брюшныхъ, которые развиваются медленнѣе или быстрѣе и *внезапно* исчезаютъ съ появленіемъ кровотеченія—иногда носоваго (чаще въ дѣтствѣ и отрочествѣ), рѣже груднаго, т.-е. кровохарканія (чаще въ юности), всего же чаще „геморроидальнаго" изъ задняго прохода. Характеръ появленія и исчезновенія припадковъ—совершенно ангіоневротическій, свойственный другимъ неврозамъ кровеносной системы, наприм. мигрени, крапивной сыпи (urticaria) и др.; а потому я считаю геморрой — *ангіоневрозомъ*.

Вотъ первый случай, который, вмѣстѣ съ одинаковыми послѣдующими, привелъ меня къ такому пониманію геморроя. Больной разсказываетъ, что мальчикомъ страдалъ но-

совыми кровотеченіями, которымъ предшествовала головная боль при красномъ лицѣ: съ кровотеченіемъ боль проходила. Въ молодости немного харкалъ кровью, безъ постояннаго кашля и вообще безъ постоянныхъ грудныхъ припадковъ. Теперь больному около 40 лѣтъ; онъ крѣпкаго сложенія, съ совершенно здоровою грудью. Жалуется, что періодически хвораетъ: появляются тяжесть головы, боль въ затылкѣ, плохой сонъ, мрачное и раздражительное настроеніе духа, неохота къ занятіямъ,—боли по тракту позвоночника, особенно въ поясничной части,—чувство стѣсненія въ груди и сердцебіенія,—кишечныя боли и нѣсколько затрудненное опорожненіе кишечника; затѣмъ—кровотеченіе изъ задняго прохода и все исчезаетъ. Внѣ этихъ припадковъ, повторяющихся раза 3—4 въ годъ, продолжающихся недѣлю или двѣ и мѣшающихъ занятіямъ больнаго,—*больной совершенно здоровъ*, не представляетъ абсолютно никакихъ болѣзненныхъ явленій ни in recto et ano, ни вообще въ области брюшныхъ органовъ, а также и другихъ частей организма.

Такіе случаи *чистаго, неосложненнаго геморроя*, конечно, весьма рѣдки: за долгое время, 37 лѣтъ, моей практики я могу насчитать ихъ около 20. Замѣчу впрочемъ, что если явленія такого чистаго геморроя менѣе развиты, то обыкновенно ими и не тяготятся, ради ихъ и не обращаются къ врачу. Случаи же геморроя, встрѣчающагося совмѣстно съ другими болѣзненными состояніями какъ брюшныхъ, такъ и другихъ органовъ, далеко не рѣдки: въ этихъ взаимно осложняющихъ другъ друга болѣзненныхъ состояніяхъ иногда можно бываетъ отличить, какая часть припадковъ относится къ геморрою, какая часть къ другой причинѣ; иногда же невозможно—такъ спутываются болѣзненныя явленія.

Причиною геморроя слѣдуетъ считать врожденную особенность организма. На это указываетъ обыкновенно замѣчаемая при геморроѣ наслѣдственность, а также отсутствіе другихъ причинъ. Послѣднихъ, въ упомянутыхъ случаяхъ

чистаго геморроя, я не могъ найти ни въ состояніи самаго организма, ни внѣ послѣдняго: въ этихъ случаяхъ не было дѣйствія причинъ, усиливающихъ врожденное расположеніе къ геморрою,—причинъ, о которыхъ скажу ниже. Что касается состоянія кроветворенія у лицъ, представлявшихъ явленія чистаго геморроя, то нѣкоторыхъ можно было считать полнокровными,—другіе, наоборотъ, были явно малокровны, а у большинства были всѣ указанія на нормальное кроветвореніе. Прибавлю также, что въ нѣкоторыхъ изъ упомянутыхъ случаевъ чистаго геморроя наблюдались другія ангіоневротическія явленія (мигрень, urticaria) и что довольно постоянно совпаденіе геморройнаго кровотеченія съ менструаціей—ангіо-нервнымъ процессомъ: въ случаяхъ какъ чистаго, такъ и осложненнаго геморроя у женщинъ геморройное кровотеченіе всего чаще бываетъ во время или тотчасъ послѣ менструаціи, а также непосредственно передъ нею. Изъ вліяній, усиливающихъ расположеніе къ геморрою, явно дѣйствуетъ употребленіе, а тѣмъ болѣе злоупотребленіе спиртныхъ напитковъ, менѣе явно—постоянное сидѣнье и неумѣренная верховая ѣзда, особенно скаканье и рысь на тряской лошади. Въ упомянутыхъ случаяхъ чистаго геморроя кровотеченія, условливая исчезновеніе болѣзненныхъ явленій, нисколько не ослабляли больныхъ, не причиняли ни малокровія, ни вообще какихъ-либо дурныхъ послѣдствій. Напротивъ, геморройныя кровотеченія, усиленныя злоупотребленіемъ спиртныхъ напитковъ или болѣзнями прямой кишки и задняго прохода (наприм. разрывомъ расширенныхъ венъ), могутъ вызвать опасное малокровіе и ослабленіе организма.

Перехожу къ отвлекающему кровеизвлеченію. Врядъ ли можно сомнѣваться, что наблюденіе случаевъ, гдѣ болѣзненныя явленія головныя, грудныя и др. исчезали послѣ геморроидальнаго кровотеченія, подало мысль къ кровеизвлеченію въ окружности задняго прохода при головныхъ, грудныхъ и др. страданіяхъ съ цѣлію, очевидно, не одного опорожненія:

для послѣдняго было бы естественнѣе при головныхъ, наприм., страданіяхъ выбрать мѣсто кровеизвлеченія менѣе отдаленное отъ головы. Дѣйствительно кровеизвлеченія въ окружности задняго прохода издавна носятъ названіе отвлекающихъ. Несомнѣнно, что вначалѣ часто ошибались, назначая геморроидальное кровеизвлеченіе при такихъ головныхъ, грудныхъ и другихъ болѣзняхъ, гдѣ не только геморроидальное, но и никакое кровеизвлеченіе не было показано, и лишь съ теченіемъ времени наблюденіе стало выяснять, гдѣ первое пригодно. Чтобы показать, на какого рода наблюденіяхъ основывается мое личное убѣжденіе въ особомъ, не одномъ только опорожняющемъ дѣйствіи кровеизвлеченій въ окружности задняго прохода, приведу одинъ случай изъ моей практики, который я наблюдалъ 25 лѣтъ назадъ и о которомъ сообщилъ въ Физико-Медицинскомъ Обществѣ (протоколъ октябрьскаго засѣданія 1864 г.). Хотя и прежде того, а еще болѣе послѣ мнѣ приходилось видѣть много случаевъ, несомнѣнно свидѣтельствующихъ объ особомъ дѣйствіи и пользѣ геморроидальныхъ кровеизвлеченій и мотивирующихъ приведенныя ниже показанія къ послѣднимъ, но вышеупомянутое наблюденіе отличается особенною убѣдительностію.

Я былъ призванъ къ больной съ сильнымъ носовымъ кровотеченіемъ: вышла полная глубокая тарелка крови, а кровотеченіе, несмотря на принимаемыя мѣры, продолжалось. Больная женщина лѣтъ около 40, самаго крѣпкаго сложенія, живетъ въ хорошихъ условіяхъ, до послѣдняго времени пользовалась цвѣтущимъ здоровьемъ и въ настоящее время кромѣ носоваго кровотеченія и нѣкоторой весьма небольшой слабости общей и пульса не представляетъ ничего ненормальнаго: все въ порядкѣ, лишь голова тяжела и настроеніе духа угнетенное. Изъ разспроса оказалось, что нѣсколько времени назадъ у больной во время ѣзды въ саняхъ сильно озябли ноги, но по возвращеніи согрѣлись и больная продолжала чувствовать себя здоровою; однако пришедшая вскорѣ

послѣ того, въ срокъ, менструація, прежде всегда правильная и обильная, была очень недостаточна и кончилась гораздо скорѣе обыкновеннаго. Къ концу менструаціи больная почувствовала тяжесть головы, а черезъ нѣсколько дней появилось носовое кровотеченіе, причемъ тяжесть головы продолжалась. Я назначилъ ледъ на голову и, внутрь, рожки (infusum secalis cornuti ex ʒii ad ℥vi); въ теченіе дня и ночи кровотеченіе нѣсколько уменьшилось, но утромъ вновь усилилось и вышла еще тарелка крови. Тогда я отмѣнилъ рожки и ледъ и назначилъ 4 піявки къ окружности задняго прохода. Къ концу приставленія піявокъ кровотеченіе прекратилось и болѣе не возобновлялось. Къ утру слѣдующаго дня тяжесть головы исчезла, больная чувствовала себя, какъ и всегда, веселою и здоровою; даже на слабость не жаловалась. Послѣдующія менструаціи были, какъ и прежде, правильны и обильны.

Очевидно, что въ описанномъ случаѣ дѣйствіе 4 піявокъ, приставленныхъ къ окружности задняго прохода, состояло не въ опорожненіи кровеносной системы: обильное опорожненіе крови носомъ,—полная глубокая тарелка,—не устранило тяжести головы и не предотвратило такого же обильнаго носоваго кровотеченія на слѣдующій день; тогда какъ небольшое геморроидальное кровеизвлеченіе (4 піявки съ послѣдующимъ кровотеченіемъ изъ ранокъ взяли, maximum, 8 столовыхъ ложекъ крови) остановило кровотеченіе и облегчило голову и притомъ такъ быстро, такъ рѣзко, что приписать это случайности значило бы закрывать глаза передъ очевидностью, заявить свою неспособность къ наблюденію.

Если же дѣйствіе геморроидальнаго кровеизвлеченія въ описанномъ случаѣ было не опорожняющее, то какое же? Я называю это дѣйствіе *отвлекающимъ* для того, чтобы не смѣшивать его съ опорожняющимъ, чтобы отличить его особымъ терминомъ;—употребляю для этой цѣли названіе *отвлекающаго*, какъ уже давно употребительное, но не соединяю

съ этимъ названіемъ, для объясненія вышеописаннаго дѣйствія, никакой теоріи, невозможной при настоящемъ состояніи науки.

Сдѣлаю еще замѣчаніе. Въ вышеописанномъ случаѣ я не прибѣгъ къ тампонаціи носовой полости и исходъ болѣзни оправдалъ мой образъ дѣйствій. Прибавлю, что бываютъ случаи носоваго кровотеченія, гдѣ тампонація носовой полости можетъ быть прямо опасна: такъ мнѣ приходилось наблюдать больныхъ свыше 60 и 70-лѣтняго возраста, у которыхъ съ дѣтства осталась наклонность къ носовымъ кровотеченіямъ; послѣднимъ обыкновенно предшествуютъ и иногда облегчаются ими признаки головнаго полнокровія. Бываютъ случаи, что такія носовыя кровотеченія становятся чрезмѣрными, но не облегчаютъ головы: я считаю тампонацію въ такихъ случаяхъ крайне рискованною, могущею способствовать церебральному кровоизліянію и прибѣгаю къ небольшому геморроидальному кровеизвлеченію,—обыкновенно съ такимъ же успѣхомъ, какъ и въ вышеописанномъ случаѣ.

Показанія къ отвлекающему кровеизвлеченію.

1. *Въ области головы.—Головное полнокровіе* какъ безъ одновременнаго пораженія кровеносной системы, такъ и преимущественно при болѣзняхъ сосудовъ и сердца,—особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда къ постояннымъ явленіямъ головнаго полнокровія (тревожный сонъ, мрачное и раздражительное настроеніе духа, тяжесть головы, боль въ затылкѣ и иногда въ темени, пошатываніе при ходьбѣ, головокруженіе при нагибаніи и пр.) по временамъ присоединяются внезапные приливы крови къ головѣ (лицо быстро и сильно краснѣетъ), напоминающіе геморройныя molimina и грозящіе апоплектическимъ инсультомъ. Если явленія головнаго полнокровія умѣренны и не грозны, то сначала регулирую образъ жизни больнаго, назначаю меньше головнаго труда, больше движенія, ходьбы, массажъ ногъ, обыкновенно холодныхъ и зяб-

кихъ у такихъ больныхъ, регулирую діэту, устраняю различныя болѣзненныя состоянія, поддерживающія головное полнокровіе, каковы—запоръ, кашель (обыкновенно вслѣдствіе катарра глотки или дыхательнаго горла и его вѣтвей), и только тогда прибѣгаю къ отвлекающему кровеизвлеченію, т.-е. приставленію піявокъ къ окружности задняго прохода, когда вышеназванныя мѣры не достигаютъ цѣли. Если же явленія головнаго полнокровія сильно развиты (а больной крѣпкаго сложенія, съ хорошимъ питаніемъ и кроветвореніемъ), особенно же если бываютъ вышеназванные приливы, то тотчасъ ставлю піявки (въ самыхъ грозныхъ случаяхъ, какъ объяснено выше при кровопусканіи, пускаю кровь) и вмѣстѣ прибѣгаю къ вышеперечисленнымъ мѣрамъ. Замѣчу, что мѣшокъ со льдомъ, положенный на голову въ такихъ случаяхъ, производитъ лишь ничтожное облегченіе, прекращающееся со снятіемъ мѣшка. О прочности и продолжительности эффекта отвлекающаго кровеизвлеченія какъ въ упомянутыхъ головныхъ страданіяхъ, такъ и при болѣзняхъ другихъ органовъ буду говорить ниже, излагая методъ отвлекающаго кровеизвлеченія, по поводу вопроса о повтореніи послѣдняго.

Въ описанныхъ случаяхъ головнаго полнокровія я не прибѣгаю къ приставленію піявокъ за уши и къ носовой перегородкѣ, т. е. прямо съ цѣлью опорожненія. Къ носовой перегородкѣ можно приставить лишь немного піявокъ (2—4), такъ что не получается достаточнаго дѣйствія: по нѣкоторымъ наблюденіямъ можно даже думать, что такое незначительное кровеизвлеченіе въ данномъ мѣстѣ можетъ лишь усилить явленія прилива крови къ головѣ. Приставленіе піявокъ за уши конечно можетъ облегчить припадки головнаго полнокровія; но во 1-хъ для этого потребуется поставить по крайней мѣрѣ вдвое большее число піявокъ, чѣмъ для отвлекающаго (геморроидальнаго) кровеизвлеченія, т. е. произвести вдвое бо́льшую потерю крови, а во 2-хъ даже и при та-

кой потерѣ крови не получается такого полнаго, прочнаго и продолжительнаго эффекта, какъ при отвлекающемъ кровеизвлеченіи.

Лишь въ одномъ случаѣ я вполнѣ сохранилъ, какъ несомнѣнно правильную и полезную, прежнюю практику кровеизвлеченія въ области головы съ цѣлью прямаго опорожненія. Я говорю о приставленіи 2—4 піявокъ къ носовой перегородкѣ при гипереміи головы въ заразныхъ болѣзняхъ, всего чаще конечно при тифѣ (сыпномъ) и тифоидѣ (брюшномъ тифѣ). Бываютъ случаи названныхъ болѣзней, гдѣ нѣсколько дней длятся тяжелыя для больнаго явленія головнаго полнокровія: сильная головная боль, безсонница, иногда буйный бредъ,—все это при сильно-красномъ лицѣ; затѣмъ происходитъ носовое кровотеченіе и названныя явленія значительно облегчаются (обыкновенно и температура замѣтно и на довольно долгое время понижается), причемъ не замѣчается ослабленія больнаго. Если въ такихъ случаяхъ носовое кровотеченіе долго не наступаетъ, а названныя явленія сильно развиты и потому конечно дурно вліяютъ на ходъ болѣзни, мало притомъ уступаютъ приложенію льда на голову, то при сколько-нибудь достаточныхъ силахъ больнаго слѣдуетъ приставить 2 (рѣдко 3—4) піявки къ носовой перегородкѣ: кровеизвлеченіе изъ этого мѣста, хотя и небольшое (что, конечно, и желательно въ данномъ случаѣ), достаточно устраняетъ вышеописанныя явленія. Приставленіе піявокъ въ окружности задняго прохода у такого рода больныхъ было бы крайне неудобно; да и дѣйствіе отвлекающаго кровеизвлеченія въ такихъ случаяхъ неизвѣстно.

2. Въ области позвоночника.—Гиперемія спиннаго мозга и его оболочекъ, сказывающаяся болями по тракту позвоночника и въ области обоихъ сѣдалищныхъ нервовъ (причемъ стволы послѣднихъ не чувствительны при давленіи, т. е. не представляютъ признаковъ неврита) и бывающая большею частью одновременно съ явленіями головнаго полнокровія, рѣдко от-

дѣльно или въ преимущественномъ проявленіи. Само собою разумѣется, что прежде назначенія піявокъ слѣдуетъ тщательною діагностикой точно констатировать названное страданіе, не принять ошибочно за послѣднее другихъ болѣзней спиннаго мозга и его оболочекъ, а также спинныхъ синовитовъ, невритовъ и міозитовъ, равно какъ функціональныхъ нервныхъ разстройствъ (неврастеніи и истеріи) и брюшныхъ болѣзней (colica hepatica et renalis, запоръ и пр.), могущихъ вызывать сходныя съ вышеописанными явленія. При вѣрной діагностикѣ дѣйствіе геморроидальнаго кровеизвлеченія на явленія гипереміи спиннаго мозга и его оболочекъ такъ же полно и прочно, какъ и при головномъ полнокровіи. Трудно конечно сказать, насколько оно въ данномъ случаѣ отвлекающее, насколько опорожняющее; но во всякомъ случаѣ оно несравненно дѣйствительнѣе, чѣмъ кровеизвлеченіе, даже болѣе обильное, но произведенное гдѣ-либо выше по тракту позвоночника.

3. *Въ области груди.*—*а) При кровохарканіи* безъ органическихъ причинъ, при здоровыхъ легкихъ и сердцѣ. Такое кровохарканіе бываетъ, какъ извѣстно, у молодыхъ людей расположенныхъ къ бугорчаткѣ легкихъ, а также и у молодыхъ людей не расположенныхъ къ названной болѣзни, но слабонервныхъ, особенно вслѣдствіе половыхъ неправильностей, и вмѣстѣ наклонныхъ къ чистому геморрою, т. е. геморрою, понимаемому, какъ объяснено выше, въ смыслѣ ангіоневроза. Если такое кровохарканіе не уступаетъ скоро другимъ мѣрамъ, то самое вѣрное средство—небольшое геморроидальное кровеизвлеченіе. Конечно послѣднее можетъ прекратить лишь данное кровохарканіе; а затѣмъ противъ повторенія кровохарканій слѣдуетъ бороться радикальными мѣрами, т. е. укрѣпленіемъ организма, устраненіемъ неврастеніи и половыхъ неправильностей и пр.

б) Кровохарканіе при бугорчаткѣ легкихъ—за исключеніемъ тѣхъ случаевъ, когда оно зависитъ отъ разрушенія большихъ

сосудовъ въ области кавернъ. Если кровохарканіе сколько-нибудь значительно и не уступаетъ скоро другимъ средствамъ (между прочимъ, при одновременномъ запорѣ и вздутіи живота, и слабительному) и если больной не очень слабъ, то я назначаю 2, рѣдко 3 піявки на копчикъ и долженъ свидѣтельствовать объ обыкновенно успѣшномъ дѣйствіи такого кровеизвлеченія: кровохарканіе прекращается безъ сколько-нибудь замѣтнаго ослабленія больнаго.

в) Кровохарканіе при болѣзняхъ сердца, главнымъ образомъ при пораженіи лѣваго венознаго отверстія. Въ такихъ случаяхъ, особенно если одновременно печень, вслѣдствіе застоя крови, увеличена въ объемѣ и болѣзненна и если другія показанія (устраненіе запора, регулированіе сердечной дѣятельности и пр.) исполнены и не доводятъ до желаннаго результата, то слѣдуетъ прибѣгнуть къ кровеизвлеченію. Напомню сказанное выше, при кровопусканіи, что въ такихъ случаяхъ при бурномъ разстройствѣ компенсаціи слѣдуетъ пустить кровь (даже раньше исполненія другихъ показаній); если же этого нѣтъ, а часто повторяются умѣренныя кровохарканія и, какъ сказано, не уступаютъ другимъ мѣрамъ, то слѣдуетъ поставить піявки на копчикъ.

4. Въ области живота.—При застоѣ крови въ печени и слѣдовательно при затрудненномъ кровообращеніи въ области воротной вены—вслѣдствіе болѣзней сердца, неумѣренности въ ѣдѣ и употребленіи спиртныхъ напитковъ и пр. Если въ такихъ случаяхъ при увеличенной и болѣзненной печени преобладаютъ желчевыя разстройства, явленія недостаточнаго выдѣленія желчи (горькій вкусъ, иногда рвота желчью, недостаточная окраска испражненій, признаки желчнаго пигмента въ мочѣ) при особенной чувствительности мѣста желчнаго пузыря и одновременномъ запорѣ, то слѣдуетъ дать каломель. Если же названныхъ желчевыхъ явленій нѣтъ, то показуются піявки на копчикъ. Трудно сказать, насколько дѣйствіе послѣднихъ, въ такихъ случаяхъ, отвлекающее, на-

сколько опорожняющее; но, главное, оно дѣйствительно, несравненно дѣйствительнѣе, при меньшемъ числѣ піявокъ, чѣмъ приставленіе послѣднихъ вдоль праваго подреберья, что въ названныхъ случаяхъ было бы грубою ошибкою, точно также какъ было бы крайне ошибочно при перициститѣ (желчнаго пузыря) ставить піявки на копчикъ, а не вдоль праваго подреберья.

5. *При воспаленіи большихъ геморроидальныхъ шишекъ* піявки, поставленныя на копчикъ, дѣйствуя одновременно опорожняющимъ и отвлекающимъ образомъ, составляютъ, въ сильно развитыхъ случаяхъ, самое дѣйствительное средство.

Въ заключеніе слѣдуетъ сказать о томъ, что относится къ *методу* отвлекающаго кровеизвлеченія.

Оно, какъ и всякое кровеизвлеченіе, должно происходить въ присутствіи врача, въ особенности при вышеописанныхъ головныхъ и грудныхъ показаніяхъ. Въ другихъ случаяхъ, у больныхъ неслабыхъ, конечно можно положиться на фельдшера или фельдшерицу, если послѣдніе хорошо извѣстны врачу, благонадежны, знакомы съ измѣненіями пульса и съумѣютъ, если понадобится, дать возбуждающія, — пріемъ эѳирновалеріановыхъ или Гофманскихъ капель,—что иногда бываетъ нужно у слабонервныхъ, трусливыхъ больныхъ даже передъ приставленіемъ піявокъ. Замѣчу при этомъ, что слабый пульсъ далеко не всегда составляетъ противопоказаніе для отвлекающаго кровеизвлеченія, какъ уже было отчасти объяснено по поводу показаній къ болѣе значительному кровеизвлеченію—кровопусканію. Кровеизвлеченіе должно производиться по возможности въ просторной, хорошо освѣженной комнатѣ.

Время дня: лучше вечеромъ, передъ отхожденіемъ ко сну, чтобы послѣ приставленія піявокъ больной оставался въ постели до утра; но конечно въ нетерпящихъ отлагательства случаяхъ—во всякое время.

Не слѣдуетъ ставить піявокъ тотчасъ по принятіи боль-

нымъ пищи, а, смотря по количеству послѣдней, нѣсколько времени спустя.

Предварительно слѣдуетъ опорожнить кишечникъ: если для этого достаточно промывательнаго, то сдѣлать это непосредственно передъ приставленіемъ піявокъ; если же понадобится и должно быть поставлено на первую очередь слабительное, то, давши послѣднее, слѣдуетъ конечно выждать его дѣйствія и потомъ нѣсколько часовъ повременить съ приставленіемъ піявокъ и передъ послѣднимъ дать возбуждающія, чтобы избѣжать ослабленія больнаго.

Положеніе больнаго—лежачее или, по крайней мѣрѣ, полулежачее (при одышкѣ), на боку. Практиковавшееся прежде геморроидальное кровеизвлеченіе въ сидячемъ положеніи больнаго можетъ вызвать опасный обморокъ.

Мѣсто отвлекающаго кровеизвлеченія, какъ выше объяснено, указано природой—окружность задняго прохода; но я назначаю піявки лишь на копчикъ, а не по всей окружности ani: послѣднее болѣзненнѣе, мѣшаетъ впослѣдствіи дефекаціи и при немъ труднѣе остановить кровь и соблюдать необходимую чистоту.

На слѣдующій послѣ кровеизвлеченія день больной, для скорѣйшаго заживленія піявочныхъ ранокъ, долженъ оставаться дома и, если чувствуетъ нѣкоторую слабость, — что при правильно поставленномъ показаніи и обдуманно назначенномъ числѣ піявокъ бываетъ крайне рѣдко и то лишь въ первый день,—то принять раза два или три пріемъ вышеназванныхъ возбуждающихъ капель.

Число піявокъ. Въ началѣ моего врачебнаго пути мнѣ приходилось видѣть, что обыкновенно ставили 10 піявокъ, рѣдко меньше, чаще больше, 12—15, а иногда 20 и даже больше. Тогда же я убѣдился въ несомнѣнномъ вредѣ такихъ значительныхъ кровеизвлеченій и сталъ назначать по пяти піявокъ, разсчитывая въ случаѣ нужды повторять кровеизвлеченіе. Опытъ показалъ мнѣ, что повторять, т. е. ставить дважды

по пяти піявокъ въ разстояніи нѣсколькихъ дней, приходится весьма рѣдко: большею частью однажды поставленныя пять, въ исключительныхъ случаяхъ 6—7, производятъ достаточное дѣйствіе. Число пять или нѣсколько болѣе (6—7) относится ко всѣмъ вышеназваннымъ показаніямъ кромѣ грудныхъ—кровохарканій: при послѣднихъ—никогда болѣе пяти, чаще меньше, 4—3, а при бугорчаткѣ легкихъ, какъ выше сказано, даже—2.

Поддержаніе кровотеченія по отпаденіи піявокъ. Опытъ показалъ, что наилучшій эффектъ отвлекающаго кровеизвлеченія бываетъ тогда, когда по отпаденіи піявокъ поддерживаютъ кровотеченіе, промывая ранки теплою водой, до тѣхъ поръ, пока кровь, вначалѣ обыкновенно весьма темная, станетъ свѣтлокрасною.

Повтореніе отвлекающаго кровеизвлеченія. Въ числѣ возраженій противъ послѣдняго приходилось слышать,—впрочемъ обыкновенно отъ лицъ, которыя сами не прибѣгаютъ къ этому средству, т. е. не имѣютъ достаточной опытности, — что однажды произведенное отвлекающее кровеизвлеченіе само условливаетъ потребность въ повтореніи его. По долгому опыту я скажу слѣдующее: если, наприм., головное полнокровіе (тоже конечно слѣдуетъ сказать и о другихъ показаніяхъ къ отвлекающему кровеизвлеченію) устранено въ данный моментъ приставленіемъ піявокъ на копчикъ, если притомъ причины головнаго полнокровія устранимы и больной строго исполняетъ совѣты врача, направленные къ устраненію такихъ причинъ, то обыкновенно не приходится повторять отвлекающаго кровеизвлеченія. Если же больной не исполняетъ точно совѣтовъ врача и, слѣдовательно, причины, поддерживающія головное полнокровіе, продолжаютъ дѣйствовать или если эти причины не устранимы, то конечно, во избѣжаніе худшихъ послѣдствій, приходится повторять приставленіе піявокъ на копчикъ разъ, два въ годъ,—рѣдко, въ совершенно исключительныхъ случаяхъ, чаще,—обыкновенно съ течені-

емъ времени въ меньшемъ числѣ, чѣмъ вначалѣ; но если при этомъ число піявокъ назначается крайне обдуманно, сообразно съ индивидуальностью больнаго, его сложеніемъ, питаніемъ, кроветвореніемъ и пр., то никогда не замѣчается ни малокровія, ни вообще ослабленія больнаго, какъ слѣдствія отвлекающаго кровеизвлеченія.

2. LUES СЕРДЦА
СЪ КЛИНИЧЕСКОЙ СТОРОНЫ.

ДОПОЛНЕНІЯ.

II. LUES СЕРДЦА

СЪ КЛИНИЧЕСКОЙ СТОРОНЫ.

(По сообщенію въ годичномъ засѣданіи Физико-Медицинскаго Общества, въ январѣ 1887 г.)

Въ краткомъ отчетѣ о моемъ сообщеніи, — отчетѣ, помѣщенномъ въ *Трудахъ Физико-Медицинскаго Общества* (1887 г., январь, № 1),—мнѣ принадлежатъ лишь заключенія (а, б, в); остальная часть отчета писана не мною и также какъ и рефераты, появившіеся во многихъ другихъ изданіяхъ, представляетъ, какъ результатъ спѣшныхъ отмѣтокъ, неточности.

Найдя нынѣшнимъ лѣтомъ время и силы взяться за перо, я рѣшился обработать для печати и свое сообщеніе о сифилисѣ сердца, видя изъ медицинской литературы, которой коснусь ниже, что оно сохранило весь тотъ интересъ, который могло имѣть $2^1/_2$ года назадъ; но сообщеніе это является въ настоящее время въ нѣсколько измѣненномъ видѣ: вопервыхъ потому, что число моихъ наблюденій увеличилось и одно изъ нихъ, наблюдавшееся въ моей клиникѣ прошлою весной и особенно характерное, будетъ подробно сообщено ниже; а вовторыхъ потому, что терапіи болѣзней сердца вообще,—къ которой приходилось прибѣгать въ осложненныхъ случаяхъ сифилиса сердца и о которой поэтому подробно говорилось въ моемъ первоначальномъ сообщеніи,—въ настоящее время я коснусь лишь немного, имѣя въ виду возвратиться къ этому предмету съ большею свободой и большимъ удобствомъ въ предпринятомъ мною изданіи моихъ лекцій, когда очередь дойдетъ до болѣзней сердца вообще.

Обращаясь къ патологической литературѣ, слѣдуетъ сказать, что, за исключеніемъ нѣкотораго обогащенія казуистики, положеніе занимающаго насъ вопроса осталось то же, что и $2^1/_2$ года назадъ. Въ области патологической анатоміи мы знали уже давно о существованіи гуммознаго міокардита, знаемъ теперь и о сифилитическомъ пораженіи эндокардія и перикардія; точныхъ же изслѣдованій о сифилитическомъ пораженіи сердечныхъ сосудовъ и нервовъ слѣдуетъ еще ждать, а между тѣмъ клиническія наблюденія, какъ увидимъ ниже, заставляютъ предполагать, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, сифилитическое пораженіе нервовъ сердца даже преимущественно передъ другими тканями этого органа. Что касается клинической стороны, то въ современныхъ руководствахъ частной патологіи и терапіи на сифилисъ сердца не обращено должнаго вниманія. Конечно, въ отдѣлѣ этіологіи упоминается, въ числѣ причинъ болѣзней сердца, сифилисъ; въ патологической анатоміи говорится о гуммозномъ міокардитѣ; но за то ни слова о сифилисѣ сердца въ симптоматологіи и въ діагностикѣ; въ терапіи же лишь немногіе говорятъ о возможности специфическаго лѣченія при болѣзняхъ сердца, а другіе даже и не упоминаютъ объ этомъ. Такъ что изученіе современныхъ руководствъ скорѣе заставитъ забыть о существованіи сифилиса сердца, чѣмъ остановитъ на немъ должное вниманіе,—оставляетъ такое впечатлѣніе, что сифилисъ сердца есть случайная находка при вскрытіяхъ—скорѣе достояніе патологической анатоміи, чѣмъ клиники; во всякомъ случаѣ изученіе этихъ руководствъ не даетъ понятія о значительной практической важности названнаго страданія. Въ этихъ руководствахъ изучающій напрасно будетъ искать отвѣта на вопросы: въ какомъ видѣ представляется клинически сифилисъ сердца? въ какихъ формахъ встрѣчается?—имѣетъ ли это пораженіе сердца практическую важность, т.-е. можно ли распознать его и притомъ еще во̀время для успѣшнаго лѣченія?—насколько прочно такое лѣченіе?

Въ настоящее время число случаевъ сифилиса сердца, наблюдавшихся мною, уже болѣе 10. Я опишу сначала тѣ изъ нихъ, которые представляютъ меньшее разнообразіе припадковъ и меньшее осложненіе другими болѣзнями.

1-й случай. Больному около 40 лѣтъ, былъ зараженъ сифилисомъ, спиртными напитками не злоупотреблялъ. Въ послѣдніе годы страдаетъ одышкой, сердцебіеніемъ и, по временамъ, явленіями разстройства кровообращенія (отекомъ ногъ и легкихъ и увеличеніемъ печени), отъ которыхъ digitalis помогаетъ мало и не надолго. Лѣвый желудочекъ увеличенъ, но тоны сердца чисты и признаковъ атероматоза артерій нѣтъ: т.-е., кромѣ того что нѣтъ систолическаго шума на грудинѣ, артеріи не жестки и нѣтъ признаковъ разстроеннаго головнаго кровообращенія. Почки здоровы. Лѣченіе іодистымъ натріемъ, начиная съ 10 и доходя до 100 гранъ въ сутки, въ теченіе шести недѣль, совершенно поправило больнаго: всѣ болѣзненныя явленія исчезли и въ теченіе 3—4 лѣтъ, которыя больной оставался подъ моимъ наблюденіемъ, у него бывали иногда лишь приступы одышки и сердцебіенія, гораздо болѣе рѣдкіе и легкіе, чѣмъ прежде, и скоро уступавшіе наперстянкѣ, но до отековъ никогда уже не доходило. Лѣвый желудочекъ уменьшился въ объемѣ (толчекъ верхушки сердца въ лѣвой сосочковой линіи, тогда какъ прежде заходилъ за нее) и пульсъ сталъ рѣже, правильнѣе и сильнѣе. Питаніе и силы значительно улучшились. Лѣченіе іодистымъ натріемъ больной повторилъ дважды.

2-й случай во всемъ сходенъ съ предыдущимъ, за исключеніемъ того, что больной страдалъ не разстройствомъ кровообращенія вообще, а лишь частыми припадками сердечнаго удушья (asthma cardiacum), доходившими до отека легкихъ и не уступавшими наперстянкѣ и другимъ средствамъ. Послѣ энергическаго лѣченія іодистымъ натріемъ припадки на долгое время совсѣмъ исчезли, а потомъ хотя и повторялись, но гораздо рѣже и легче и скоро уступали наперстянкѣ.

3-й случай. Больному 55 лѣтъ, былъ зараженъ сифилисомъ, страдалъ прежде острымъ сочленовнымъ ревматизмомъ и злоупотреблялъ нѣсколько спиртными напитками. Страдаетъ болѣе года мучительными припадками грудной жабы, отъ которыхъ принималъ много различныхъ палліативныхъ средствъ,— въ послѣднее время постоянно, по нѣскольку разъ въ день, нитроглицеринъ, — съ ничтожнымъ и быстро преходящимъ облегченіемъ. У больнаго жесткія артеріи и явные признаки недостаточности заслоночекъ аорты (рѣзкій діастолическій шумъ на грудинѣ, прыгающій пульсъ, увеличеніе лѣваго желудочка); но помимо припадковъ грудной жабы онъ не представляетъ ничего болѣзненнаго—ни одышки, ни сердцебіенія, ни отековъ—и всѣ отправленія въ порядкѣ. Лѣченіе іодистымъ натріемъ значительно облегчило больнаго, а послѣдующее употребленіе втираній ртутной мази совершенно прекратило появленіе припадковъ грудной жабы; объективные признаки недостаточности заслоночекъ аорты и общаго хроническаго артеріита остались безъ измѣненія.

4-й случай сходенъ съ 3-мъ: тоже припадки грудной жабы, уступившіе специфическому лѣченію.

Вышеописанные случаи сифилиса сердца слѣдуетъ считать по ихъ картинѣ исключительными, потому что остальные, т. е. значительное большинство, представляютъ обыкновенно другой образъ, отличаются бо́льшимъ разнообразіемъ припадковъ и обыкновенно значительно осложнены: алкоголизмомъ или подагрою, хроническимъ артеріитомъ, желудочно-кишечными разстройствами, а также одновременными сифилитическими пораженіями другихъ органовъ, всего чаще нервной системы и печени. Сердечные симптомы въ такихъ случаяхъ бываютъ, какъ сказано, крайне разнообразны и большею частью всѣ на-лицо: и постоянная одышка съ сердцебіеніемъ и чувствомъ стѣсненія въ сторонѣ сердца,—и приступы сердечной астмы, а также и грудной жабы,—и значительные отеки и скопленія въ полостяхъ,

какъ слѣдствіе разстроеннаго кровообращенія. Сердце обыкновенно увеличено, особенно лѣвый желудочекъ, а пульсъ слабъ, частъ и аритмиченъ; на грудинѣ слышится нерѣдко систолическій шумъ. Изслѣдованіе настоящаго и прошлаго состоянія больнаго обыкновенно или прямо обнаруживаетъ бывшее зараженіе сифилисомъ или дѣлаетъ послѣднее вѣроятнымъ. Общій характеръ случаевъ, о которыхъ идетъ рѣчь, таковъ, что самое внимательное и обдуманное *неспецифическое* лѣченіе не производитъ серьезнаго улучшенія, а специфическое, іодистый натрій или втиранія ртутной мази большею частью прочно поправляетъ больнаго: болѣзненныя явленія исчезаютъ, остаются лишь объективные признаки нѣкотораго увеличенія сердца и иногда слабый систолическій шумъ на грудинѣ.

Какъ типическій, для обозначеннаго большинства встрѣтившихся мнѣ случаевъ сифилиса сердца, опишу теперь подробнѣе вышеупомянутый случай, наблюдавшійся въ моей клиникѣ прошлою весной и бывшій предметомъ моихъ клиническихъ лекцій въ началѣ, въ срединѣ и въ концѣ пребыванія больнаго въ клиникѣ.

Больной, 34 лѣтъ, поступилъ въ клинику 7-го марта 1889 г. въ крайне тяжеломъ состояніи, жалуясь на чрезвычайную слабость, одышку и опуханіе всего тѣла, особенно ногъ.

Образъ жизни и анамнезъ. Больной не имѣетъ постояннаго мѣстожительства, а живетъ поочереди въ трехъ разныхъ городахъ, по нѣскольку мѣсяцевъ въ каждомъ. Помѣщеніе въ гостинницахъ не всегда удовлетворительное; отхожее мѣсто всегда холодное. Больной пьетъ чай, стакана 4 въ день; кофе избѣгаетъ, такъ какъ онъ вызываетъ у него сердцебіеніе; ѣстъ разъ въ день, всегда скоромное; много куритъ и пьетъ много спиртнаго: не менѣе 7 рюмокъ водки и 7 бутылокъ пива ежедневно, а раза 3 въ мѣсяцъ и гораздо болѣе. За исключеніемъ послѣдняго мѣсяца такое питье длится лѣтъ 10, а мѣсяцъ назадъ больной оставилъ все спирт-

ное. Больной холостъ; служебныя занятія его не утомительны, за исключеніемъ значительныхъ разъѣздовъ—зимой въ саняхъ, а лѣтомъ большею частью на пароходѣ.

Больной высокаго роста и широкаго сложенія, уже юношей былъ тученъ и подверженъ небольшой одышкѣ, а со времени злоупотребленія спиртными напитками тучность и одышка усилились; но, кромѣ того, больной не помнитъ никакихъ болѣзней до послѣднихъ двухъ лѣтъ. Два года назадъ больной заразился сифилисомъ: язва на членѣ, сыпь, выпаденіе волосъ. Больной принималъ ртутныя пилюли три мѣсяца и, послѣ двухмѣсячнаго промежутка, еще полтора мѣсяца: всѣ названныя явленія сифилиса прошли, но больной сталъ чувствовать слабость и утомляться отъ занятій, которыя прежде переносилъ легко. Восемь мѣсяцевъ назадъ послѣ обыкновенно проведеннаго дня, безъ всякаго видимаго повода, *ночью* былъ припадокъ грудной жабы: боль на грудинѣ и въ сторонѣ сердца съ отдачей въ спину, лѣвое плечо и въ лѣвую руку до локтя; боль была не сильна, но продержалась всю ночь, а утромъ прошла безъ всякаго лѣченія. Съ того же времени стали болѣть по ночамъ ноги въ сторонѣ больше-берцовыхъ костей. Больной опять принималъ ртутныя пилюли въ теченіе мѣсяца и боли въ ногахъ прошли. Второй припадокъ грудной жабы, такой же какъ и первый, былъ въ *ночь* на 1 февраля 1889 г.; онъ тоже былъ не силенъ, но продолжался всю ночь (часовъ 8). Больной бросилъ водку и пиво сразу, послѣ чего скоро потерялъ аппетитъ и сталъ худѣть и слабѣть. Три недѣли назадъ одышка стала усиливаться и начали отекать ноги. Больной не лѣчился и названные припадки, дойдя до упомянутаго выше тяжелаго состоянія, заставили его поступить въ клинику.

Status 7-го марта 1889. Аппетитъ уменьшенъ на половину; послѣ ѣды бываютъ изжога, отрыжка, тошнота и иногда рвота. На низъ съ тѣхъ поръ, что больной бросилъ

водку и пиво, запоръ: бываетъ черезъ день немного жесткихъ испражненій. До того времени бывали ежедневно 3—4 испражненія кашицею, безъ боли. Моча идетъ свободно, 1000 к.с. въ сутки, красна, не содержитъ ни бѣлка, ни сахару. Печень увеличена и болѣзненна. Селезенка не представляетъ ничего ненормальнаго. Есть признаки жидкаго скопленія въ полости живота и, какъ выше сказано, сильные отеки ногъ, рукъ и всего подкожнаго слоя. Больной жалуется на сердцебіеніе. По причинѣ все еще имѣющейся тучности, отека подкожнаго слоя и слабой дѣятельности сердца результаты объективнаго изслѣдованія послѣдняго—не рѣзки: слабый толчокъ ощущается въ лѣвой сосочковой линіи, на нижней же половинѣ грудины при перкуссіи глухой звукъ, а при выслушиваніи слабый систолическій шумъ. Пульсъ—120, очень слабъ и аритмиченъ. Одышка чрезмѣрная (отъ 46 до 52): больной не можетъ лежать, сидитъ. Кашля нѣтъ. Результаты постукиванія груди, по отношенію къ легкимъ, нормальны (лишь діафрагма поднята), а при выслушиваніи замѣчаются обильные, влажные хрипы подъ обѣими лопатками. Температура 38°. Сна почти нѣтъ по причинѣ одышки. Настроеніе духа—крайне угнетенное, плаксивое, а по временамъ крайне раздражительное. Значительное ослабленіе памяти. Ни головокруженія, ни головныхъ и вообще никакихъ болей нѣтъ, кромѣ болей въ икрахъ при сжиманіи послѣднихъ. Крайняя слабость всѣхъ движеній, особенно ножныхъ.

Помѣстивши покойно больнаго, ограничивъ количество питья самымъ необходимымъ и урегулировавъ діэту вообще (въ первое время все — питье и пища — сводилось къ стакану чая, безъ сахару, утромъ, — полустакану бульона и небольшой котлетѣ въ обѣдъ и 6 стаканамъ молока въ теченіи всего дня; — позднѣе, съ улучшеніемъ состоянія больнаго, діэта соотвѣтственно измѣнялась), назначили для лѣченія — вино (8 столовыхъ ложекъ крѣпкаго

крымскаго вина въ день), смѣсь эѳирновалеріановыхъ и гофманскихъ капель āā (въ первое время — до 200 капель въ сутки), digitalis въ настоѣ (всего, въ первые двое сутокъ, 24 грана), большую мушку на сторону сердца и въ случаѣ надобности—промывательное. На третій день—небольшое облегченіе: пульсъ 98, одышка немного менѣе и моча 2500 к. ц.; но на слѣдующій день одышка опять сильнѣе и мочи только 1500. Такъ какъ промывательное плохо опорожняло кишки и животъ былъ крайне вздутъ, то дали каломель, по грану черезъ часъ: послѣ пяти пріемовъ больнаго прослабило обильными темнозелеными испражненіями, дыханіе стало полегче, но количество мочи не увеличилось. Тогда опять — digitalis, въ настоѣ, 24 грана въ двое сутокъ; возбуждающія же, т.-е. вино и вышеназванныя капли, давались постоянно во все время пребыванія больнаго въ клиникѣ, — съ теченіемъ времени, соотвѣтственно улучшенію пульса, въ уменьшавшемся (капли) количествѣ: лишь въ послѣдніе дни передъ выходомъ больнаго капли были оставлены.

Второй пріемъ наперстянки, при возбуждающихъ въ первоначальной большой дозѣ, не улучшилъ замѣтно ни пульса, ни дыханія, не увеличилъ количества мочи далѣе 2000 и не произвелъ сколько-нибудь замѣтнаго уменьшенія водяночныхъ явленій. Тогда, отложивъ наперстянку и продолжая возбуждающія, назначили іодистый натрій (ʒjj на ℥vj) въ Эмской водѣ (по причинѣ продолжавшихся, хотя и уменьшившихся диспептическихъ явленій): столовая ложка на $^1/_4$ стакана (всего выходило отъ 1 до $1^1/_2$ стакана Эмса въ день). 15-го марта—20 гранъ іодистаго натрія, 16-го—30, 17-го и 18-го—по 40 : мочи стало 3000, водяночныя явленія начали уменьшаться, пульсъ рѣже (до 78—72), одышка легче, сонъ лучше, температура пала до нормы. Съ 19-го марта по 23-е— по 50 гранъ іодистаго натрія въ сутки, съ 23-го по 28-е —по 60 : мочи, при прежнемъ количествѣ питья, 4000, отеки

прошли, дыханіе свободно (20—18), сонъ покоенъ, печень значительно уменьшилась и стала неболѣзненна, пульсъ правиленъ и силенъ, но опять частъ (96—100). Опять дали 24 грана digitalis, въ настоѣ, въ теченіе двухъ сутокъ, но безъ всякаго результата: ничего не измѣнилось въ состояніи больнаго (пульсъ 92—96). Тогда опять обратились къ іодистому натрію.

Слѣдуетъ сказать теперь о состояніи нервной системы больнаго. Несмотря на значительное уменьшеніе отека ногъ и увеличеніе силъ больнаго, слабость ножныхъ движеній, которую приписывали общей слабости и значительной тяжести ногъ вслѣдствіе крайняго отека послѣднихъ, оставалась прежнею: больной не могъ ни ходить, ни даже твердо стоять; сухожильныхъ рефлексовъ въ ногахъ нельзя было вызвать (чувствительность сохранена). Массажъ не улучшилъ состоянія ногъ. Такой парезъ ногъ и значительное ослабленіе памяти, при несомнѣнномъ зараженіи организма сифилисомъ, естественно заставляли думать о сифилитическомъ пораженіи и нервной системы больнаго; поэтому специфическое лѣченіе продолжалось тѣмъ настойчивѣе, съ постояннымъ повышеніемъ количества іодистаго натрія, съ 60 гранъ въ сутки до 80, 100 и 120. Къ 19-му апрѣля состояніе больнаго, за исключеніемъ ногъ, было вполнѣ удовлетворительно: аппетитъ хорошъ, пищевареніе правильно, мочи постоянно 1800 к. ц. въ сутки, печень почти нормальной величины, объемъ живота значительно уменьшился (признаки асцита, какъ сказано, исчезли еще прежде), дыханіе свободно, сердцебіеній не бываетъ, пульсъ 78—80, правиленъ и силенъ, сердце уменьшилось въ объемѣ (на нижней половинѣ грудины звукъ, при перкуссіи, вполнѣ ясный), слабый систолическій шумъ на грудинѣ остался, сонъ хорошъ, настроеніе духа бодрое, память лучше, питаніе и силы—нормальны; но слабость ножныхъ движеній еще не прошла, хотя и уменьшилась. 19-го апрѣля — 80 гранъ іодистаго на-

трія, а съ 20-го — по 60 и одновременно втиранія ртутной мази, по ʒj въ день, конечно съ полосканіемъ рта растворомъ бертоллетовой соли. При втираніяхъ состояніе ногъ стало быстро улучшаться. 1-го мая больной по служебнымъ дѣламъ долженъ былъ оставить клинику: къ этому времени онъ сталъ ходить хорошо, почти какъ здоровый, и сухожильные рефлексы возвратились; но ему былъ данъ совѣтъ, для достиженія возможно прочныхъ результатовъ отъ специфическаго лѣченія, переносившагося вполнѣ хорошо, продолжать послѣднее еще недѣли 3.

Въ описанномъ случаѣ, кромѣ сифилиса сердца и нервной системы, было вѣроятно и сифилитическое пораженіе печени. Правда, увеличеніе и болѣзненность послѣдней могли зависѣть и отъ застоя крови, при общемъ разстройствѣ кровообращенія, а также и отъ алкоголизма; но значительный асцитъ свидѣтельствовалъ уже не о застоѣ, а о болѣе серьезномъ пораженіи печени, а что послѣднее было скорѣе сифилитическаго, чѣмъ алкогольнаго происхожденія — за это говоритъ быстрое улучшеніе состоянія печени подъ вліяніемъ іодистаго лѣченія.

Что касается діагностики состоянія сердца въ вышеописанныхъ случаяхъ, то первый заставляетъ думать если не о чистомъ, то о преимущественномъ пораженіи сердечной мышцы—сифилитическомъ міокардитѣ, 2-й, 3-й и 4-й—о преимущественномъ сифилитическомъ пораженіи нервовъ сердца, а послѣдній и тѣ, для которыхъ онъ служитъ типомъ, т.-е. большинство случаевъ сердечнаго сифилиса, наблюдавшихся мною,—объ одновременномъ сифилитическомъ пораженіи и мышцы и нервовъ этого органа. Такого случая сифилиса сердца, гдѣ были бы явные объективные признаки пораженія заслоночекъ и отверстій и гдѣ, при поправленіи дѣятельности сердца и кровообращенія, исчезли бы и эти признаки, я не наблюдалъ.

Какъ видно изъ предыдущаго, главнымъ основаніемъ для

діагностики сердечнаго сифилиса, также какъ и сифилиса другихъ внутреннихъ органовъ, служатъ анамнестическія данныя и одновременныя проявленія сифилиса въ другихъ частяхъ организма. Что касается анамнеза, то дѣло далеко не въ одномъ томъ, что больной признаетъ или отрицаетъ зараженіе сифилисомъ. И къ тому и къ другому заявленію слѣдуетъ относиться критически: при отрицаніи больной можетъ умышленно скрывать истину, но можетъ отрицать и bona fide, даже и не подозрѣвая своего сифилитическаго зараженія; можетъ больной ошибаться, правда рѣдко, и полагая, что зараженъ сифилисомъ. Повѣрку этихъ заявленій и надежныя данныя для діагностики даетъ тщательный разспросъ о прошломъ, о явленіяхъ, которыя больной считаетъ за сифилитическія, о томъ, было ли выпаденіе волосъ на головѣ, особенно на бровяхъ и бородѣ, характерныя сыпи, ночныя боли и проч., а также о томъ, лѣчился ли больной іодомъ (или ртутью) и какъ вліяло такое лѣченіе на его состояніе. Указаніями для діагностики могутъ также служить— отсутствіе другихъ причинъ пораженія сердца (какъ въ первомъ описанномъ случаѣ) и малая дѣйствительность *не*специфическаго лѣченія.

Специфическое лѣченіе, повѣряющее діагностику, при сифилисѣ сердца тоже, что и въ другихъ случаяхъ позднихъ сифилитическихъ пораженій: если больной достаточно лѣчился прежде ртутью, то обыкновенно іодистые препараты хорошо дѣйствуютъ и для поправленія больнаго достаточно бываетъ одного іодистаго лѣченія; въ противномъ случаѣ нужно бываетъ употреблять ртуть, одну или вмѣстѣ съ іодистыми препаратами, которые тогда даются въ меньшихъ размѣрахъ, чѣмъ при одномъ іодистомъ лѣченіи.

Что касается неспецифическаго лѣченія, сердечной терапіи вообще, то, какъ сказано въ началѣ, я имѣю въ виду возвратиться къ ней, съ бо́льшимъ удобствомъ, въ другой разъ. Впрочемъ послѣдній, подробно описанный случай сер-

дечнаго сифилиса даетъ достаточное понятіе о томъ, къ какимъ средствамъ общей терапіи сердечныхъ болѣзней приходится прибѣгать при сифилитическомъ пораженіи сердца. Изъ этого же случая видно, что если указанія на сифилисъ сердца достаточны, то не слѣдуетъ долго медлить съ назначеніемъ специфическаго лѣченія.

Коснусь, однако, при настоящемъ случаѣ двухъ средствъ изъ области сердечной терапіи, такъ называемаго молочнаго лѣченія болѣзней сердца и мушекъ на сторону сердца.

Что касается перваго, то названіе его заключаетъ въ себѣ неточность, вводящую иногда въ ошибку—назначеніе молочнаго лѣченія въ такихъ случаяхъ сердечныхъ болѣзней, гдѣ оно не нужно и непригодно. Молочное лѣченіе дѣйствуетъ не на болѣзни самаго сердца (кромѣ одного случая, о которомъ ниже), а на ихъ осложненія водянкой, брюшными разстройствами (диспепсія, запоръ, большой животъ вслѣдствіе желудочно-кишечнаго метеоризма и ожирѣнія живота) и, рѣже, общею тучностью. Правда, что при водянкѣ вслѣдствіе болѣзней сердца, когда нужно дѣйствовать чрезъ почки, молоко есть лучшее мочегонное (а когда чрезъ сердце, то digitalis и подобныя ей средства); правда также, что названныя брюшныя осложненія болѣзней сердца весьма часты и служатъ главною причиной упорности одышки, сердечнаго удушья, грудной жабы и разстройствъ кровообращенія и что устраненіе этихъ осложненій строгимъ молочнымъ лѣченіемъ (въ началѣ одно молоко, а потомъ молоко съ мясомъ, рыбой и яйцами, но безъ углеводовъ) даетъ превосходные результаты; но все же молочное лѣченіе дѣйствуетъ лишь на названныя осложненія, а не на самое сердце, и назначать такое лѣченіе въ случаяхъ болѣзней сердца, гдѣ этихъ осложненій нѣтъ,— что дѣлаютъ иногда, будучи введены въ заблужденіе названіемъ лѣченія („болѣзней сердца"),—безцѣльно и можетъ ослабить больнаго. Лишь въ одномъ случаѣ молочное лѣченіе можетъ дѣйствовать прямо на сердце—

при ожирѣніи этого органа, какъ слѣдствіи общей тучности: можно думать, что при общемъ похуданіи, наступающемъ обыкновенно вслѣдствіе молочнаго лѣченія, уменьшается и ожирѣніе сердца. Если сифилитическое пораженіе сердца осложнено водянкой, брюшными разстройствами, тучностью, то конечно при назначеніи лѣченія слѣдуетъ сообразоваться съ этимъ обстоятельствомъ, какъ это и было сдѣлано при послѣднемъ изъ вышеописанныхъ случаевъ сифилиса сердца.

Перехожу къ мушкамъ. Семь лѣтъ назадъ, сообщая въ Физико-Медицинскомъ Обществѣ (февраль 1882 г.) *О простудныхъ невритахъ въ ряду другихъ „ревматическихъ" болѣзней*, я указалъ на пользу шпанскихъ мушекъ при периферическихъ невритахъ. Съ того времени мнѣ часто приходилось наблюдать значительное и прочное облегченіе отъ приложенія мушекъ на сторону сердца,—правѣе и лѣвѣе, а также выше и ниже лѣваго груднаго соска (у женщинъ — лѣвой грудной железы),—при грудной жабѣ, обыкновенно въ такихъ случаяхъ: у больныхъ немолодыхъ, большею частью подагриковъ, иногда съ явленіями хроническаго артеріита. Самые припадки грудной жабы обыкновенно вызывались простудой, появлялись послѣ того, какъ охватывало холодомъ грудь или послѣ вдыханія холоднаго воздуха. При изслѣдованіи грудной стѣнки въ сторонѣ сердца въ такихъ случаяхъ обыкновенно оказывается, при отсутствіи кожной гиперестезіи, боль при давленіи на ребра (реберные періоститы) и межреберныя пространства (межреберные невриты). Нерѣдко и другія части груднаго ящика, особенно лѣвой его стороны, представляютъ тѣ же явленія; но обыкновенно боль бываетъ всего замѣтнѣе при давленіи на тѣ части межреберныхъ пространствъ, которыя соотвѣтствуютъ положенію сердца,—что заставляетъ предполагать и невритъ сердечнаго сплетенія въ такихъ случаяхъ. Самые припадки грудной жабы бываютъ вполнѣ характерны, съ отдачей боли въ лѣвую руку иногда до пальцевъ. Кромѣ мушекъ и другаго необхо-

димаго лѣченія, я обыкновенно совѣтую такимъ больнымъ носить легкій шерстяной или шелковый нагрудникъ во избѣжаніе простуды. Въ случаяхъ же припадковъ грудной жабы при сифилитическомъ пораженіи сердца приложеніе шпанскихъ мушекъ на сторону послѣдняго производитъ лишь незначительное и непрочное облегченіе и поэтому не можетъ быть рекомендовано.

Наблюденія, приведенныя въ настоящемъ сообщеніи, даютъ понятіе о клинической картинѣ сердечнаго сифилиса и свидѣтельствуютъ о томъ, что послѣдній можно распознать еще во́время для лѣченія,—успѣшнаго и прочнаго не менѣе, чѣмъ лѣченіе сифилиса другихъ внутреннихъ органовъ.

ДОПОЛНЕНІЯ.

Первое. Какъ извѣстно, іодистые препараты рекомендуются и употребляются и при простомъ, несифилитическомъ склерозѣ и атероматозѣ артерій и послѣдующемъ за нимъ міокардитѣ. Мнѣ приходилось видѣть довольно больныхъ съ названными болѣзнями, принимавшихъ по долгу іодистый калій и іодистый натрій; но никогда, ни въ одномъ случаѣ, даже при употребленіи порядочныхъ дозъ этихъ средствъ,—до 30—40 грановъ въ день,—я не наблюдалъ такого рѣшительнаго, такого безспорнаго успѣха, какъ при лѣченіи іодомъ и ртутью тѣхъ же пораженій сифилитическаго происхожденія. Не считаю невѣроятнымъ, что въ случаяхъ, гдѣ нѣкоторые наблюдатели видѣли такой успѣхъ, въ развитіи упомянутыхъ пораженій могъ принимать участіе и сифилисъ.

Второе. Въ теченіи года (по выходѣ перваго изданія предлежащаго выпуска) мнѣ еще приходилось наблюдать случаи сердечнаго сифилиса; но такъ какъ они ничего не измѣня-

ютъ въ вышеизложенныхъ заключеніяхъ, то я и не привожу ихъ здѣсь. Считаю же не лишеннымъ интереса слѣдующій случай аневризмы аорты (и вѣроятно trunci anonymi) въ слѣдствіе сифилитическаго аортита.

6-го февраля 1890 поступилъ въ клинику больной, 37 лѣтъ, жаловавшійся на боли въ правой половинѣ головы и правомъ плечѣ, а также на сердцебіеніе и одышку.

Больной живетъ въ здоровой мѣстности и хорошемъ помѣщеніи. Не купается, еженедѣльно ходитъ въ жаркую баню, сильно потливъ. Не куритъ, постоянно пьетъ водку и нерѣдко злоупотребляетъ ею, пьетъ много горячаго и крѣпкаго чаю, пользуется хорошимъ столомъ. У больнаго много тревожныхъ занятій: крикливыхъ разговоровъ, разъѣздовъ въ тарантасѣ и саняхъ по плохимъ дорогамъ, а также письма. Больной былъ зараженъ сифилисомъ, позднѣе женился: изъ шестерыхъ дѣтей трое родились мертвыми, четвертый умеръ въ раннемъ дѣтствѣ, пятый болѣзненъ, шестой пока здоровъ.

Анамнезъ. 24-хъ лѣтъ отъ роду больной заразился сифилисомъ, два мѣсяца лѣчился ртутью и, немного, іодомъ, а съ тѣхъ поръ, считая себя выздоровѣвшимъ, ни къ какому противосифилитическому лѣченію не прибѣгалъ. Послѣдніе 4 года у больнаго повременамъ болѣли ноги, днемъ и ночью; а годъ назадъ появились боли въ правой половинѣ головы и правомъ плечѣ, постепенно усиливавшіяся. Въ послѣднее время по причинѣ болей больной плохо спитъ и слабѣетъ. Пять мѣсяцевъ назадъ появились сердцебіеніе и опухоль на нижней части правой стороны шеи, постепенно увеличивавшіяся, такъ что въ послѣднее время, по причинѣ опухоли, воротъ сорочки уже не сходился.

Status 6-го февраля 1890. Больной крѣпкаго сложенія и хорошаго питанія. Аппетитъ удовлетворителенъ, пищевареніе правильно, печень и селезенка, почки и мочевой пузырь въ нормальномъ состояніи. Сердцебіеніе, одышка и небольшой

сухой кашель. Объективное изслѣдованіе груди не показываетъ ничего ненормальнаго въ дыхательныхъ путяхъ, а въ органахъ кровеобращенія слѣдующее: сильный, видимый толчокъ верхушки сердца пальца на два кнаружи отъ лѣвой сосочковой линіи, между 6 и 7 ребрами; пульсирующая выпуклость въ мѣстѣ праваго грудино-ключичнаго сочлененія; при перкуссіи—глухой звукъ въ мѣстѣ этой выпуклости и на верхней трети грудины; на нижнихъ двухъ третяхъ послѣдней звукъ, при постукиваніи,—нормальной ясности; при выслушиваніи—систолическій шумъ по всей линіи отъ верхушки сердца до вышеупомянутой выпуклости, особенно сильный на грудинѣ и правѣе ея; на грудинѣ слышенъ и несильный діастолическій шумъ, свидѣтельствующій, что и заслоночки аорты поражены, недостаточны; въ сонныхъ артеріяхъ—систолическій шумъ, а тона не слышно. Пульсъ отъ 80 до 90, по ритму правиленъ, слабоватъ, на лѣвой рукѣ слабѣе, чѣмъ на правой. Лихорадки нѣтъ. Сну мѣшаютъ вышеописанныя боли въ правой сторонѣ головы и правомъ плечѣ; послѣднія не позволяютъ больному лежать на правой сторонѣ; правая рука на столько ослабѣла, что больной не можетъ писать. Упомянутыя боли и слабость правой руки очевидно зависятъ отъ давленія опухоли на правое плечевое сплетеніе.

Больному, кромѣ режима и діэты, были назначены: немного вина, t-ra valer. aether. и liqu. anodyn. Hoffm. āā (при слабости пульса) и іодистый натрій въ постепенно увеличивавшихся пріемахъ, начиная съ 10 грановъ въ сутки до 80 (послѣднюю недѣлю передъ выходомъ изъ клиники). Такъ какъ имѣлись въ виду большіе пріемы іодистаго натрія и такъ какъ іодистый натрій (какъ и іодистый калій) лучше переносится желудкомъ и кишечникомъ при употребленіи въ щелочныхъ растворахъ, то его дали въ водѣ Виши; но такъ какъ при этомъ больнаго нѣсколько слабило, то черезъ два дня вода Виши была замѣнена Эмскою, при чемъ іодистый

натрій переносился вполнѣ хорошо. Какъ вода Виши (Célestins), такъ и Эмская (Кессельбрунъ) употреблялась натуральная, температуры парнаго молока, въ количествѣ $1^1/_2$ стакана (12 унцій) въ сутки. Одновременно съ употребленіемъ іодистаго натрія было сдѣлано 12 втираній ртутной мази, сначала по полудрахмѣ, а потомъ по драхмѣ. Въ промежуткахъ между втираніями обтирали больнаго смѣсью воды и водки температуры парнаго молока и нѣсколько прохладнѣе, что уменьшало потливость и укрѣпляло больнаго.

12-го марта 1890 больной вышелъ изъ клиники въ такомъ состояніи: всѣ боли прошли, больной можетъ лежать на правой сторонѣ, сонъ хорошъ; правая рука вполнѣ окрѣпла, больной пишетъ свободно; опухоль въ мѣстѣ праваго грудино-ключичнаго сочлененія уменьшилась на столько, что воротъ сорочки сталъ свободно застегиваться; пульсація опухоли уменьшилась на столько, что замѣтна лишь на ощупь, но уже не на глазъ (какъ было при поступленіи больнаго въ клинику); пульсъ въ лѣвой рукѣ сталъ полнѣе; явленія, получаемыя при постукиваніи и выслушиваніи, остались безъ измѣненія; сердцебіеніе перестало безпокоить больнаго, вообще заявляющаго, что онъ, по самочувствію, не можетъ ни на что пожаловаться.

Больному данъ былъ совѣтъ, кромѣ соблюденія правильнаго образа жизни и осторожности, требуемой состояніемъ груди, продолжать іодистый натрій еще нѣсколько дней (до полныхъ шести недѣль), а лѣтомъ повторить лѣченіе. До послѣдняго времени (ноябрь 1890) слышно, что состояніе больнаго продолжаетъ быть столь же удовлетворительнымъ, какъ и при выходѣ изъ клиники.

---

3. КАЛОМЕЛЬ ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОМЪ ЦИРРОЗѢ ПЕЧЕНИ И ВООБЩЕ ВЪ ТЕРАПІИ.

ДОПОЛНЕНІЯ.

---

4. D-г Н. Ѳ. ГОЛУБОВА: ЛѢЧЕНІЕ КАЛОМЕЛЕМЪ ВЪ НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ.

ПРЕДИСЛОВІЕ

КО ВТОРОМУ ИЗДАНІЮ.

Первое изданіе 1885 года разошлось въ томъ же году, но спрашивается и доселѣ. Я медлилъ со вторымъ частью потому, что продолжались мои собственныя наблюденія, частью же потому, что ждалъ чужихъ сообщеній. Послѣднія не замедлили появиться со стороны самыхъ компетентныхъ лицъ, клиницистовъ, и къ моему удовольствію вполнѣ подтверждаютъ мои наблюденія: отнынѣ каломель прочно занялъ свое мѣсто въ терапіи. Сводъ этихъ подтвержденій и вмѣстѣ очеркъ современнаго состоянія каломельной терапіи сдѣланъ Н. Ѳ. Голубовымъ въ напечатанной ниже статьѣ—**Лѣченіе каломелемъ въ настоящее время**, гдѣ приведены и мои новыя наблюденія надъ лѣченіемъ болѣзней кишекъ, почекъ и водянки сердечнаго происхожденія—каломелемъ.

Г. Захарьинъ.

Декабрь 1888 г.

КАЛОМЕЛЬ

ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОМЪ ЦИРРОЗѢ ПЕЧЕНИ И ВООБЩЕ ВЪ ТЕРАПІИ.

(По сообщенію въ публичномъ засѣданіи Московскаго Физико-Медицинскаго Общества, въ январѣ 1884 года).

Главное ртутное средство при лѣченіи внутреннихъ болѣзней, за исключеніемъ сифилиса, конечно каломель. Мнѣнія объ его дѣйствительности, какъ извѣстно, крайне расходятся. Въ Англіи каломель высоко цѣнится и составляетъ обычное, общеупотребительное средство, хотя и въ меньшей степени, чѣмъ въ началѣ текущаго столѣтія, когда онъ вошелъ въ славу. Во Франціи оцѣнка менѣе высока и употребленіе ограниченнѣе; но въ общемъ замѣчается значительное сходство съ англійскою практикой. Въ Германіи совсѣмъ иное. Нотнагель и Россбахъ [1]) свидѣтельствуютъ, что по отношенію къ внутреннему ртутному лѣченію (за исключеніемъ сифилиса) замѣчается прогрессирующій скептицизмъ, такъ что въ настоящее время врядъ ли есть хоть одна твердо стоящая индикація. Каломель названные авторы признаютъ лишь иногда удобнымъ слабительнымъ средствомъ [2]). Сколько мнѣ извѣстна, изъ литературы и изъ личнаго опыта, современная практика нѣмецкихъ врачей по отношенію къ каломелю, я нахожу, что названные авторы вѣрно характеризуютъ ее. Главнымъ образомъ мнѣ кажется, что каломель недостаточно цѣнится

1) Handb. der Arzneimittellehre, 1878, 3 Aufl., S. 172. Тоже и въ 5-мъ изданіи.

2) Тамъ же, стр. 184—185.

современною нѣмецкою практикой при лѣченіи болѣзней печени, именно желчныхъ путей. Такъ, даже въ книгѣ Бинца [3]), направленіе которой нельзя назвать скептическимъ, нѣтъ этой индикаціи. О русской практикѣ слѣдуетъ сказать то же, что и о нѣмецкой: тотъ же скептицизмъ, прогрессирующій начиная съ 50-хъ годовъ, и, сколько мнѣ извѣстно, почти то же современное положеніе, что и въ Германіи. Я не говорю о себѣ и о тѣхъ изъ своихъ слушателей, которые имѣли случай видѣть въ моей клиникѣ употребленіе каломеля.

Въ началѣ 50-хъ годовъ мнѣ, какъ студенту, а потомъ ассистенту клиники, приходилось очень часто наблюдать употребленіе каломеля. Успѣха я не видѣлъ, а вреда не мало. Причины лежали въ плохой діагностикѣ того времени, въ недостаточной точности показаній къ назначенію средства,—при какихъ болѣзняхъ употреблять его, когда начать давать и когда перестать (что вело къ напраснымъ поносамъ и ослабленію больного),—въ неумѣньи предотвращать развитіе стоматита, такъ какъ употребленіе полосканья изъ Бертолетовой соли было еще неизвѣстно. Но въ то же время мнѣ пришлось видѣть, внѣ клиники, случай, гдѣ одинъ старый врачъ, безъ діагностики, указавши только на „status biliosus", далъ каломель въ небольшомъ, слегка послабившемъ пріемѣ: тотчасъ наступившее поразительное улучшеніе въ состояніи больной осталось у меня въ памяти. Съ 1860 года повелъ я самостоятельную клиническую и внѣ-клиническую практику и въ началѣ, при общемъ „прогрессировавшемъ скептицизмѣ" по отношенію къ каломелю, почти не употреблялъ послѣдняго; но уже года черезъ четыре долженъ былъ взяться за него и съ тѣхъ поръ, въ теченіе 20 лѣтъ, научился цѣнить это средство. Въ нижеслѣдующихъ строкахъ я намѣренъ привести доказательства моему убѣжденію въ томъ, что каломель въ болѣзняхъ желчныхъ протоковъ—драгоцѣнное и, при

---

3) Grundzüge der Arzneimittellehre, 1881, 7 Aufl., S. 166—167.

настоящемъ состоянiи терапiи, незамѣнимое средство. Къ этому я прибавлю нѣсколько словъ объ употребленiи каломеля при рожѣ, брюшномъ тифѣ, крупозной пневмонiи и острой Брайтовой болѣзни.

Я долженъ остановиться не надолго на томъ, что фармакологiя называетъ физiологическимъ дѣйствiемъ средства, именно—на отношенiи каломеля къ печени, къ отдѣленiю и выдѣленiю желчи. Развитiю скептицизма по отношенiю къ каломелю безспорно помогло, помимо вышеназванныхъ клиническихъ причинъ, то обстоятельство, что—тогда какъ врачи замѣтили наиболѣе пользы отъ каломеля при болѣзняхъ печени и сочли это средство, въ виду извѣстныхъ темнозеленыхъ испражненiй послѣ него, желчегоннымъ—фармакологическiя изслѣдованiя посредствомъ искусственныхъ желчныхъ свищей привели къ заключенiю, что отдѣленiе желчи отъ каломеля не только не увеличивается, но при продолжительномъ употребленiи послѣдняго даже уменьшается. Но скептическiе выводы изъ этихъ фармакологическихъ данныхъ по отношенiю къ каломельной терапiи болѣзней печени по меньшей мѣрѣ преждевременны. Во первыхъ, доказано, что темнозеленый цвѣтъ обыкновенно столь обильныхъ каломельныхъ испражненiй зависитъ отъ желчи, скоро спускающейся изъ верхней части кишечнаго канала при употребленiи каломеля (но не другихъ слабительныхъ). Далѣе приведемъ слѣдующее мѣсто изъ упомянутой книги Бинца [1]: „если принять по изслѣдованiямъ Шиффа, что печень не только приготовляетъ желчь, но и выдѣляетъ уже отдѣленную и вновь всосанную въ кишкахъ желчь, то уменьшенiе послѣдней послѣ каломельныхъ поносовъ станетъ понятно“. И далѣе: „въ этомъ смыслѣ каломель освобождаетъ соки отъ возможнаго избытка составныхъ частей желчи и можетъ быть названъ желчегоннымъ, конечно, въ совершенно иномъ смыслѣ, чѣмъ прежде“. При

[1]) Стр. 166.

бавимъ, что теорія Шиффа, на которую физіологи вслѣдствіе противорѣчивыхъ результатовъ работы Соколова смотрѣли недовѣрчиво, получила въ послѣднее время значительную поддержку, если не полное подтвержденіе. Вейсъ повторилъ изслѣдованія Соколова въ лабораторіи проф. Булыгинскаго и послѣ трехлѣтняго труда пришелъ къ результатамъ противнымъ результатамъ Соколова и подтверждающимъ теорію Шиффа [2]). Если же теорія Шиффа вѣрна, то можно думать, что каломель, условливая большее выведеніе желчи и, слѣдовательно, уменьшая всасываніе и обратное поступленіе ея въ печень, остается не безъ вліянія и на образованіе желчи въ печени, такъ какъ по теоріи Шиффа выдѣляемое печенью количество желчи слагается изъ обратно всосаннаго и новообразованнаго. Впрочемъ я не имѣю ни малѣйшаго намѣренія пускаться въ праздное гипотетизированіе; я желалъ лишь показать, что настоящее состояніе фармакологическихъ данныхъ никоимъ образомъ не можетъ служить основаніемъ, какъ это бывало и бываетъ, для скептическаго взгляда на дѣйствительность каломельной терапіи болѣзней печени. Мое намѣреніе, повторяю, не разъяснять фармакологію каломеля, а привести клиническія доказательства дѣйствительности этого средства,—точнѣе опредѣлить болѣзни, гдѣ его употребленіе успѣшно, и, въ сферѣ такихъ болѣзней, точнѣе поставить индикаціи къ его употребленію.

Англійская практика, которой каломель обязанъ своею извѣстностью, дала между прочимъ весьма неопредѣленное показаніе къ употребленію этого средства:—torpor of liver,—показаніе, которое впрочемъ и доселѣ остается едва ли не самымъ частымъ въ Англіи. Этимъ именемъ обозначается слѣдующая совокупность симптомовъ: запоръ или вообще неправильность кишечныхъ отправленій, недостаточная окраска испражненій, излишнее развитіе желудочно-кишечныхъ газовъ,

---

[2]) Къ физіологіи желчи. Москва, 1883.

блѣдное и печальное лицо, упадокъ духа и проч. Никакого нѣтъ сомнѣнія, что такая картина болѣзни можетъ встрѣтиться при болѣзняхъ печени, гдѣ ни каломель и, при настоящемъ состояніи терапіи, ничто не поможетъ, напр. при ракѣ, многокамерномъ эхинококкѣ, простомъ (Леннековомъ, не гипертрофическомъ) циррозѣ печени. Въ другихъ случаяхъ названная картина болѣзни замѣчается при болѣзняхъ печени, напр. гипереміяхъ этого органа, гдѣ каломель можетъ быть дѣйствителенъ, но гдѣ другія средства сдѣлаютъ то же самое, даже лучшее, и по извѣстнымъ причинамъ должны быть предпочтены, напр. минеральныя воды, содержащія Глауберову соль (Маріенбадъ). По моимъ наблюденіямъ есть только двѣ болѣзни печени, собственно желчныхъ протоковъ, гдѣ каломель не только дѣйствителенъ, но можетъ сдѣлать то, чего, при настоящемъ состояніи терапіи, не сдѣлаетъ никакое другое средство, ни слабительное, ни иное. Эти два болѣзненныя состоянія суть: тяжелые, особенно лихорадочные случаи колики отъ желчныхъ камней (colica hepatica) и гипертрофическій циррозъ печени.

Тяжелые, особенно лихорадочные случаи колики отъ желчныхъ камней.—Какъ я сказалъ выше, въ первые четыре года моей самостоятельной практической дѣятельности я не употреблялъ каломеля; но потомъ, лѣтъ 20 назадъ, вернулся къ этому средству. Вотъ первый случай, бывшій къ тому поводомъ. Излагаю его кратко, потому что съ тѣхъ поръ встрѣчалъ много еще болѣе типичныхъ и имѣлъ возможность лучше наблюдать ихъ (одинъ изъ таковыхъ сообщу ниже in extenso).

Больной лѣтъ 50, хорошаго сложенія, живетъ въ хорошихъ условіяхъ и ведетъ довольно правильный образъ жизни; но часто неосторожень въ пищѣ и иногда въ употребленіи спиртныхъ напитковъ. Грудь и нервная система здоровы. Моча красновата (безъ бѣлка), легкія подагрическія явленія въ мелкихъ сочлененіяхъ. Болѣзненныя явленія состоятъ въ диспепсіи (явнаго катарра желудка нѣтъ), наклонности къ запору, лег-

кихъ припадкахъ печеночной колики и умѣренной болѣзненности въ сторонѣ желчнаго пузыря при давленіи. Лихорадки нѣтъ; состояніе силъ хорошее. Я регулировалъ образъ жизни, специально діэту, и назначилъ Виши (Célestins),—утромъ, натощакъ, — три пріема по пяти унцій, температуры парнаго молока, а по временамъ, при недостаточномъ опорожненіи кишки, вмѣсто третьяго пріема Виши—такой же пріемъ горькой Фридрихсгальской воды, тоже подогрѣтой. Быстрое улучшеніе въ первыя двѣ недѣли: аппетитъ, сонъ и настроеніе духа лучше; диспептическія явленія и боли въ сторонѣ печени исчезаютъ; наклонность къ запорамъ гораздо менѣе.

За симъ—значительная погрѣшность въ діэтѣ и одновременно простуда: больной, показавшійся мнѣ дней черезъ пять послѣ того, жалуется, что все стало хуже, хотя онъ продолжаетъ лѣченіе по прежнему. Дѣйствительно, аппетитъ исчезъ, боли въ сторонѣ печени гораздо сильнѣе и увеличиваются послѣ питья минеральной воды, особенно горькой; показались легкія желтушныя явленія, упорный запоръ. Я отмѣнилъ минеральную воду и назначилъ касторовое масло: больнаго съ первой ложки вырвало, со второй послабило; но состояніе его нисколько не улучшилось. Показалось лихорадочное состояніе съ ожесточеніемъ къ вечеру. Я далъ три пріема хинина, по три грана, въ теченіе дня. На другой день больному много хуже: боли и желтушныя явленія сильнѣе, температура выше, больной слабѣе и раздражительнѣе. Тогда я далъ 12 порошковъ каломеля по грану (+5 gr. сахара) черезъ часъ и, одновременно, полосканье изъ Бертолетовой соли. Дѣйствіе было по истинѣ магическое: больнаго послабило обильными и характерными каломельными испражненіями, лихорадка и боли на другой же день исчезли, сонъ и настроеніе духа стали нормальны, показался аппетитъ. Дня черезъ два больной возобновилъ прежнее лѣченіе минеральной водой, соблюдалъ, наученный опытомъ, строжайшую діэту и скоро поправился совершенно.

Теперь я сообщу, какъ вполнѣ типичный, послѣдній изъ встрѣчавшихся мнѣ случаевъ такого рода и притомъ одинъ изъ тѣхъ, которые я имѣлъ возможность хорошо наблюдать: больной находился въ моей клиникѣ въ прошлую зиму и не разъ бывалъ предметомъ моихъ клиническихъ бесѣдъ съ слушателями, студентами и врачами.

N., членъ окружнаго суда, 42 лѣтъ, поступилъ въ клинику 25 января 1884 года, жалуясь на сильныя боли подъ ложечкой, въ правомъ подреберьи и во всемъ животѣ, желтуху, лихорадку и крайнюю слабость.

Образъ жизни и анамнезъ. Больной женатъ, не имѣлъ сифилиса и прежде почти не употреблялъ спиртныхъ напитковъ, а за послѣдніе $1\frac{1}{2}$ года вовсе не пилъ. Главныя неправильности въ образѣ жизни: мало сна (около 6 часовъ въ сутки), много умственныхъ занятій (до 14 часовъ въ сутки), мало движенія и пребыванія на воздухѣ, лѣто въ городѣ; много куренья (до 50 папиросъ въ сутки); неправильная ѣда—разъ въ сутки — и неосторожность въ выборѣ пищи. Послѣдніе $1\frac{1}{2}$ года больной, по нездоровью, менѣе работаетъ (часа 3 въ день), совсѣмъ не куритъ и остороженъ въ пищѣ; чай и кофе пьетъ умѣренно, безъ сливокъ и молока, съ небольшимъ количествомъ сахара (прежде около $\frac{3}{4}$ фунта въ сутки).

10 лѣтъ назадъ первыя явленія неврастеніи: дурное настроеніе духа, скорое утомленіе отъ умственнаго и тѣлеснаго труда, запоры при удовлетворительномъ желудочномъ пищевареніи. Больной принималъ argentum nitricum, поправился нѣсколько на время, но продолжалъ много трудиться, мало спать и отдыхать, и явленія неврастеніи росли съ каждымъ годомъ. Послѣдніе 4 года особенно усилились запоры и больной сталъ прибѣгать къ клистирамъ, а иногда къ касторовому маслу. Въ іюнѣ 1882 года первый приступъ печеночной колики, въ октябрѣ второй. Больной пилъ $1\frac{1}{2}$ недѣли Виши и $1\frac{1}{2}$ недѣли Эмсъ. Въ ноябрѣ опять приступъ колики со рвотой; опять три недѣли Виши и Эмсъ. Въ апрѣлѣ 1883 года опять приступъ колики и

затѣмъ опять три недѣли Виши и Эмсъ, а съ половины іюня до конца августа (около 10 недѣль) Карлсбадъ, по три стакана въ день. 30-го сентября и 1-го октября, во время дальней поѣздки въ трясномъ экипажѣ и по плохой дорогѣ, жестокій приступъ колики, въ 1-й разъ съ желтухой и лихорадкой (знобъ и потомъ жаръ). Съ тѣхъ поръ и до поступленія въ клинику состояніе больнаго таково: ежедневно, часа черезъ два послѣ обѣда, появляется боль подъ ложечкой и въ правомъ подреберьи. Обыкновенно боль умѣренная и длится недолго, около часу; около раза въ недѣлю боль сильная, на нѣсколько часовъ, съ усиленіемъ желтухи; а приблизительно разъ въ двѣ недѣли (въ послѣднее время чаще) бываютъ жестокіе приступы такой боли, въ теченіе 3—4 дней, съ рѣзкою желтухой и лихорадкой (до 40°), которая начинается сильнымъ знобомъ и длится всѣ 3—4 дня. Лѣченіе за это время, съ октября 1883 до поступленія въ клинику, было такое: постоянное питье сначала Виши, потомъ Эмса въ небольшомъ пріемѣ (три раза въ день унцій по 5) и постоянное употребленіе слабительныхъ: или прибавленіе чайной ложки карлсбадской соли къ минеральной водѣ, или чайная ложка ревеннаго порошка на стаканъ воды, или изрѣдка касторовое масло. Во время приступовъ колики съ лихорадкой принимался хининъ до легкаго шума въ ушахъ, но безъ малѣйшаго вліянія на лихорадку. Результатъ лѣченія—печальный: приступы колики и лихорадки продолжали усиливаться и учащаться, появились кишечныя боли (см. status) и по мѣрѣ продолжавшагося употребленія слабительныхъ становились сильнѣе и чаще; больной крайне исхудалъ, ослабъ, потерялъ сонъ и упалъ духомъ.

Status 25 января 1884 г. Больной средняго сложенія, какъ сказано—худъ и слабъ. Умѣренная желтуха кожи и глазныхъ бѣлковъ. Аппетита почти нѣтъ, небольшая жажда. Послѣ обѣда отрыжка и сначала тяжесть подъ ложечкой, а потомъ боли, описанныя въ анамнезѣ; при этомъ тошнитъ и иногда рветъ, послѣ чего боль немного и не надолго стихаетъ.

Животъ немного вздутъ; при умѣренномъ давленіи—боль подъ ложечкой и гораздо бо́льшая боль въ сторонѣ желчнаго пузыря; печень и селезенка не увеличены. Несмотря на постоянное употребленіе слабительныхъ, на низъ бываетъ только послѣ клистира изъ тепловатой воды (и то не всегда удовлетворительно), который ставится черезъ день; лишь касторовое масло слабило безъ клистира. Испражненія окрашены гораздо слабѣе нормальнаго, блѣдножелты. Кромѣ приступовъ печеночной колики, т.-е. болей, являющихся часа черезъ два послѣ ѣды подъ ложечкой и въ правомъ подреберьи и сопровождающихся иногда рвотой, у больнаго часто бываютъ другія боли,—очевидно кишечныя,—въ пупочной области и по тракту толстой кишки, сопровождающіяся урчаньемъ и облегчающіяся послѣ отхода газовъ или послѣ клистира. Мочи 500 к. с. въ сутки, она красна и содержитъ желчный пигментъ, бѣлка и сахара не содержитъ. Грудь здорова. Пульсъ отъ 80 до 90, очень слабъ. Сонъ плохъ по причинѣ брюшныхъ болей. Головныя боли при умственныхъ занятіяхъ. Въ послѣднее время бываютъ, при утомленіи, головокруженія, причемъ больной блѣднѣетъ. Угнетенное настроеніе духа. Больной поступилъ на третій день своего обычнаго жестокаго приступа колики съ лихорадкой. Температура вечеромъ 38,6; на другой день утромъ 38, вечеромъ 38,8.

Больной покойно помѣщенъ въ сухой и теплой комнатѣ. Ему предписано не выходить изъ нея (вначалѣ),—сидѣть не подолгу, тотчасъ ложиться, если почувствуетъ усталость,—не утомлять себя чтеніемъ и держать животъ въ теплѣ (теплое прованское масло и фланель вдвое). Діэта: чай не крѣпкій и не горячій, безъ молока и сахара; отъ 2 до 3 столовыхъ ложекъ портвейну въ день; куриный супъ, куриное мясо и немного бѣлаго хлѣба; ѣсть нѣсколько разъ въ день понемногу, никогда до сытости. Когда почувствуетъ себя слабымъ и появится головокруженіе, принимать по 25 капель смѣси t-rae valer. aethereae и liquor. anodyni Hoffmanni ana, раза

2 — 3 въ день. Если понадобится, клистиръ изъ тепловатой воды.

27-го янв. Каломель сначала черезъ часъ, а потомъ (съ четвертаго пріема) черезъ два, по грану (+5 гранъ сахара); съ этого дня постоянное полосканье рта Бертолетовой солью (ʒjj на ʒvj). Послѣ 7 gr. больнаго хорошо послабило характерными каломельными испражненіями, безъ кишечныхъ болей. Тотчасъ перестали давать каломель.

29-го янв. Температура утромъ 37, вечеромъ 37,2. Больному много лучше: появился аппетитъ, колики почти нѣтъ, кишечныя боли меньше и рѣже, мочи 1000 и она менѣе окрашена; хорошій сонъ, самочувствіе лучше, слабость меньше.

1-го февраля. Состояніе больнаго то же, лишь колика посильнѣе; на низъ только съ клистира. 5 gr. каломеля прежнимъ порядкомъ, а черезъ два часа послѣ послѣдняго пріема ординаторъ, изъ опасенія дать еще весьма слабому больному лишній пріемъ каломеля, назначилъ ложку касторовaго масла. Такое же послабленіе и такое улучшеніе, какъ и прежде.

9 и 10-го. Больной все не лихорадитъ и чувствуетъ себя крѣпче и бодрѣе, ѣстъ охотнѣе; но колика за эти дни сильнѣе. 8 gr. каломеля прежнимъ порядкомъ.

11-го. На низъ нѣтъ. Температура 39,2. Дана ложка касторовaго масла (въ послѣдній разъ; съ этого времени касторовaго масла болѣе не давали). Хорошее каломельное послабленіе.

12-го. Температура утромъ 36,8, вечеромъ 37,2; мочи 1500 и она почти нормальной окраски; колика опять ничтожна; во всемъ остальномъ улучшеніе. Такъ до 17-го февраля.

17-го. Явная неосторожность въ діэтѣ: больной съѣлъ лишнее. Колика много сильнѣе.

18-го. Сильный знобъ, температура утромъ 40,1. Данъ каломель, по грану черезъ часъ. Послѣ четырехъ гранъ больнаго сильно послабило и въ этотъ день каломеля больше не давали. Температура вечеромъ 37,6.

19-го. Температура утромъ 37, вечеромъ 39,2. Дальнѣйшаго послабленія не было. Дано 6 gr. каломеля прежнимъ порядкомъ.

20-го февраля. Хорошее каломельное послабленіе. Температура 36,9 утромъ, 37,1 вечеромъ. Колики нѣтъ.

Съ этого дня состояніе больнаго постоянно улучшалось: лихорадки болѣе не было, больной ѣлъ больше и переваривалъ лучше (безъ тяжести подъ ложечкой и отрыжекъ); клистиръ лучше дѣйствовалъ, а по временамъ кишка стала опорожняться и безъ клистира, произвольно; кишечныя боли появлялись рѣдко и несравненно легче прежняго; окраска мочи стала нормальной и желтуха общихъ покрововъ начала исчезать; больной сталъ хорошо спать, нѣсколько полнѣть и замѣтно крѣпнуть. Приступы печеночной колики по временамъ появлялись, но съ каждымъ разомъ слабѣе и слабѣе. Всякій разъ тогда давался каломель,—29-го февраля, 3-го, 9-го и 15-го марта по 8 gr. и послѣдній разъ, 24-го марта, 4 gr.,—всегда съ обычнымъ хорошимъ дѣйствіемъ, никогда не вызывая ослабленія больнаго. Съ 24-го марта припадковъ печеночной колики не было, чувствительность подъ ложечкой и въ сторонѣ желчнаго пузыря исчезла еще прежде, немного позднѣе прекратились и кишечныя боли. Съ 1-го апрѣля больной сталъ принимать кондуранго, ℨß на ℥vj, по двѣ столовыхъ ложки въ день. Онъ вышелъ изъ клиники 21-го апрѣля совершенно поправившись: аппетитъ и пищевареніе стали нормальны, слабило безъ клистира, всякія боли въ животѣ исчезли; больной нѣсколько пополнѣлъ, очень окрѣпъ и победрѣлъ. Съ половины февраля больному дѣлали, около раза въ недѣлю, теплыя ванны: сначала въ 30° R.,—больной былъ очень зябокъ,—шесть ваннъ, а передъ выходомъ, когда съ улучшеніемъ сна зябкость стала меньше, три ванны въ 28°, 27½° и 27° R. Ванны въ 30° R. успокоивали больнаго, а прохладныя укрѣпляли его.

Между обоими описанными случаями, первымъ и послѣд-

нимъ, прошло около 20 лѣтъ. Въ это время мнѣ приходилось наблюдать много такихъ больныхъ и употреблять каломель. При всемъ разнообразіи отдѣльныхъ случаевъ главныя черты вездѣ тѣ же, что и въ двухъ вышеприведенныхъ. Практика моя такова. Въ легчайшихъ случаяхъ печеночной колики съ небольшими диспептическими явленіями достаточно бываетъ строгой діэты и вообще правильнаго образа жизни: конечно, такіе случаи рѣдки. Въ обыкновенно встрѣчающихся случаяхъ, при болѣе или менѣе сильныхъ приступахъ печеночной колики, катаррѣ желудка, желтухѣ—строгая діэта, правильный образъ жизни и Эмсъ или Виши, Ессентуки, Карлсбадъ (рѣже Маріенбадъ), смотря по индивидуальности случая. Каломель рѣже приходится давать въ свѣжихъ, недавнихъ случаяхъ; гораздо чаще тамъ, гдѣ больные давно уже страдаютъ печеночной коликой и разстройствомъ пищеваренія, не разъ выздоравливали отъ названныхъ водъ, вновь подвергались возвратамъ болѣзни, похудѣли, ослабѣли и перестали замѣчать пользу отъ употребленія минеральныхъ водъ. Главное показаніе къ каломелю для меня состоитъ не столько въ силѣ отдѣльныхъ приступовъ, сколько въ постоянной боли въ сторонѣ желчнаго пузыря, вообще печени и въ лихорадкѣ: данный въ такихъ случаяхъ каломель производилъ всегда такое же превосходное дѣйствіе, какъ и въ вышеописанныхъ. Въ небольшомъ процентѣ случаевъ (рѣже, чѣмъ у одного больнаго изъ 20), при явныхъ признакахъ перицистита, я назначалъ приставленіе піявокъ, отъ 6 до 10, вдоль праваго подреберья.

Чтобы быть точнымъ, я долженъ упомянуть объ одномъ случаѣ, гдѣ каломель не помогъ; но случай этотъ, этіологически можетъ-быть относящійся къ тѣмъ, о которыхъ идетъ рѣчь, конечно совсѣмъ иного рода. Больная, лѣтъ 60, крѣпкаго сложенія, приблизительно съ сорокалѣтняго возраста страдала печеночной коликой, не разъ пила щелочныя минеральныя воды и въ послѣдніе годы перестала жаловаться на колику. Безъ видимой причины у нея появились лихорадоч-

ные приступы піэмическаго характера, противъ которыхъ огромныя дозы хинина оказались безсильными (салициловые препараты тогда еще не входили въ употребленіе). Никакой причины этихъ піэмическихъ приступовъ нельзя было найти; а потому, по анамнестическимъ даннымъ, сочли гнойники печени вслѣдствіе желчныхъ камней за вѣроятную причину, хотя не было ни желтухи, ни болей въ сторонѣ печени,— ни произвольныхъ, ни при давленіи (сама печень представлялась нѣсколько уменьшенною). Послѣ каломеля оживился нѣсколько аппетитъ и замедлился ближайшій лихорадочный приступъ; затѣмъ приступы пошли попрежнему и не прекращались до кончины больной. Случай наблюдался въ частной практикѣ, а потому вскрытіе не могло быть сдѣлано.

Назначаю каломель обыкновенно по грану черезъ часъ, а начиная съ шестаго пріема (иногда раньше или позднѣе, смотря по индивидуальности случая) черезъ два часа, и послѣ перваго хорошаго каломельнаго послабленія перестаю давать.

Болѣе 12 гранъ подъ-рядъ обыкновенно не даю, а если больнаго не слабитъ, то часа черезъ два послѣ послѣдняго пріема назначаю столовую ложку касторозаго масла; но въ этомъ рѣдко бываетъ нужда. Замѣчу, что нерѣдко больные, у которыхъ касторовое масло вызываетъ рвоту, послѣ каломеля легко переносятъ его. Поносъ послѣ каломеля, при такомъ назначеніи послѣдняго, бываетъ рѣдко и быстро уступаетъ нѣсколькимъ каплямъ t-rae opii simplicis. Большіе пріемы каломеля и чаще повторяемые я нашелъ непригодными: они ослабляютъ больныхъ, большею частію и безъ того уже ослабленныхъ въ своемъ здоровьи, и вызываютъ упорные поносы. Всегда, съ перваго же пріема каломеля, назначаю полосканье изъ kali chloricum (ʒjj на ℥vj) и продолжаю нѣсколько дней и послѣ употребленія каломеля; при этой предосторожности я никогда не наблюдалъ ни малѣйшаго пораженія десенъ.

Иногда приходится слышать, что каломель дѣйствуетъ толь-

ко какъ слабительное. Ни въ фармакологическихъ, ни въ клиническихъ данныхъ я не вижу основаній для такого мнѣнія. Но если даже каломель дѣйствуетъ только какъ слабительное, развѣ всѣ слабительныя одинаковы? Плоха была бы практика, которая отожествляла бы всѣ слабительныя и не различала, гдѣ какое пригодно. Для меня фактически вѣрно, что каломель, какъ слабительное только или иначе, можетъ въ извѣстныхъ случаяхъ сдѣлать то, чего при настоящемъ состояніи терапіи не сдѣлаетъ ни другое слабительное, ни вообще другое средство. Сколько разъ встрѣчались мнѣ случаи, гдѣ, какъ во второмъ вышеописанномъ, разнообразнѣйшія слабительныя (не исключая и касторовaго масла) не помогали, не выводили больнаго изъ его тяжелаго состоянія, часто вредили, а каломель рѣшалъ дѣло.

Спеціально по поводу сравненія каломеля съ касторовымъ масломъ скажу еще слѣдующее. Въ вышеописанныхъ болѣзняхъ желчныхъ путей касторовое масло не можетъ быть и сравниваемо съ каломелемъ: оно лишь слабитъ, не вызывая характерныхъ для каломеля темнозеленыхъ, обильныхъ желчью испражненій и не оказывая такого вліянія на болѣзненныя явленія въ области желчныхъ путей, каковое такъ рѣзко и такъ постоянно наступаетъ послѣ каломеля. Кромѣ того въ этихъ случаяхъ оно очень дурно переносится, нерѣдко вызываетъ рвоту и ухудшаетъ болѣзнь. При рожѣ лица, брюшномъ тифѣ, крупозной пневмоніи и острой Брайтовой болѣзни есть нѣкоторое сходство въ качествѣ дѣйствія, но въ степени послѣдняго огромная разница. Давать же,—съ цѣлью получить такое же дѣйствіе, какъ отъ каломеля,—пріемы касторовaго масла, бóльшіе противъ обыкновенныхъ слабительныхъ, было бы несчастною практикой: и обыкновенные пріемы переносятся хуже каломеля, а отъ бóльшихъ еще болѣе пострадали бы желудокъ и кишки, что повело бы за собой не улучшеніе, а ухудшеніе состоянія больнаго.

Гипертрофическій циррозъ печени.—Я наблюдалъ лишь одинъ случай, который отношу сюда.

8 ноября 1883 г. я былъ призванъ въ первый разъ къ NN. Больной, 23 лѣтъ, давно отвыкъ слушаться своихъ ближнихъ, крайне раздражителенъ, прежде не обращалъ вниманія на свое здоровье, а за время болѣзни извѣрился въ медицину, не слушаетъ врачей и къ тому же крайне слабъ, такъ что отъ него почти нельзя добиться свѣдѣній о прошломъ. Все, что можно было узнать отъ окружающихъ и самого больнаго позднѣе, когда онъ поправился, заключается въ слѣдующемъ. Лѣтъ 15 отъ роду больной перенесъ дифтеритъ, послѣ котораго осталась хриплость голоса (парезъ лѣвой голосовой связки). Иногда лѣтомъ бывала перемежающаяся лихорадка,—приступъ или два,—быстро уступавшая хинину. Послѣдніе 4 года больной сталъ пить, и притомъ исключительно одно вино, мадеру (водки не пилъ), въ огромномъ количествѣ,—отъ 3 до 5 бутылокъ въ день,—такъ что почти ежедневно бывалъ пьянъ. Послѣдніе $1^1/_2$ года онъ сдѣлался очень раздражителенъ и потерялъ аппетитъ. Лѣтомъ 1883 года начались ежедневныя рвоты по утрамъ, послѣ первыхъ рюмокъ мадеры. Въ сентябрѣ больной часто бывалъ поздно вечеромъ на гуляньяхъ, въ садахъ, и, при дурной погодѣ, простужался. Въ половинѣ сентября больной залихорадилъ, совершенно пересталъ ѣсть и пожелтѣли бѣлки глазъ. 25-го сентября призванный врачъ констатировалъ громадное увеличеніе печени. Съ 11-го октября, по совѣту другаго врача, больной пересталъ пить вино и до 21 октября пилъ карлсбадскую воду, натуральную, по $1^1/_2$ стакана въ день, подогрѣтую. Во время лѣченія Карлсбадомъ больнаго слабило разъ 10—15 въ день жидкими испражненіями, не болѣе чайной ложки за разъ (всего за сутки не болѣе полстакана), съ болью, и съ тѣхъ поръ животъ сталъ постоянно болѣть, особенно въ низу лѣвой половины. Желтуха за это время усилилась, животъ сталъ больше (врачъ констатировалъ брюшную водянку) и

отекли ноги. Сонъ сталъ очень плохъ. 22 и 23 октября больной принялъ infusum digitalis (изъ 10 gr.) безъ всякаго результата. 28-го началъ adonis vernalis и не кончилъ первой стклянки. Съ того же числа и до 3-го ноября принималъ (такъ какъ по прекращеніи карлсбадской воды стало крѣпить) пилюли изъ extr. rhei compos. ʒj, extr. hyosciami gr. jj, отъ которыхъ слабило точно такъ же, какъ и отъ минеральной воды: разъ 10—15 въ сутки, не больше чайной ложки за разъ, жидкими испражненіями. Съ 1-го по 7-е ноября отъ плохаго сна больной принималъ бромистый калій (отъ 10 до 15 gr. на ночь), безъ успѣха, а 5 и 6 ноября принялъ, за оба дня, 15 гранъ іодистаго калія.

Status 8-го ноября 1883 г. Больной живетъ вообще въ самыхъ хорошихъ условіяхъ; но комната, къ которой онъ привыкъ и гдѣ теперь находится, угольная, въ ней много оконъ, а у самой постели больнаго—дверь, откуда сильно дуетъ (рядомъ холодный ватерклозетъ). Не смотря на это, больной на отрѣзъ отказывается перемѣнить комнату; къ тому же онъ крайне слабъ. Лишь недѣли двѣ спустя, когда больному стало получше и онъ сталъ слушаться, удалось перемѣстить его въ большую, высокую, вполнѣ удовлетворительную комнату, что выгодно отразилось на его состояніи. Больной ничего не ѣстъ и не пьетъ, кромѣ 4 стакановъ молока въ сутки; не употребляетъ ни вина, ни чаю, не куритъ (прежде пилъ чай и курилъ).

Больной некрѣпкаго сложенія: высокъ ростомъ, грудь узка. Онъ крайне слабъ и худъ, животъ очень великъ, ноги отекли почти до колѣнъ. Бѣлки глазъ умѣренно желты; кожа мѣстами желтовата, мѣстами свѣтлооливковаго цвѣта. Теперь (въ августѣ 1884 г.), когда больной, какъ увидимъ, значительно поправился и испражненія уже около полугода нормально окрашены, цвѣтъ кожи свѣтлооливковый. Больной говоритъ, что такой цвѣтъ кожи у него уже очень давно, былъ еще задолго до появленія явной желтухи въ сентябрѣ

1883 года. Языкъ нормаленъ. Никакихъ желудочныхъ разстройствъ: отрыжки, изжоги, тошноты и рвоты, тяжести и болей подъ ложечкой,—произвольныхъ и при давленіи,—нѣтъ Слабитъ, какъ выше сказано, разъ 10—15 въ день, по чайной ложкѣ за разъ; испражненія жидковаты, бѣлесоваты, мало, но несомнѣнно окрашены желчью, содержатъ слизь. Явные признаки скопленія жидкости въ животѣ. Окружность послѣдняго въ уровнѣ пупка 95 центиметровъ, разстояніе отъ мечевиднаго отростка до symphisis oss. pubis—42 центим. Но стѣнки живота дряблы, не натянуты и крайне тонки (вслѣдствіе крайняго общаго похуданія), такъ что изслѣдованіе полости производится легко. Расширенія подкожныхъ венъ на животѣ нѣтъ. Постоянная боль внизу лѣвой половины живота, усиливающаяся при давленіи и иногда при испражненіи. Мочи отъ 350 до 400 к. с. въ сутки: она очень насыщена, даетъ реакцію на желчный пигментъ и содержитъ немного бѣлка; изрѣдка попадаются въ мочевомъ отстоѣ гомогенные цилиндры. Селезенка нѣсколько увеличена, не чувствительна. Печень огромна: вездѣ равномѣрно, сохраняя свою нормальную форму, выступаетъ за край реберъ и доходитъ до пупка. Поверхность печени совершенно гладка, не представляетъ ни малѣйшихъ неровностей; передній край остръ. Печень очень тверда на ощупь и совершенно нечувствительна при давленіи; произвольныхъ болей въ сторонѣ печени нѣтъ и никогда не было. Повторяю, что крайнее утонченіе (при крайнемъ общемъ похуданіи) и дряблость брюшныхъ стѣнокъ давали возможность ощупать печень такъ легко, какъ рѣдко когда приходится. Верхняя граница печени (при постукиваніи) нѣсколько выше нормальнаго. Дыхательные органы здоровы (о гортани сказано выше). Толчекъ верхушки сердца въ сосковой линіи, распространенъ, но слабъ; глухой звукъ въ сторонѣ серца на нормальномъ протяженіи, тоны чисты. Пульсъ 110—120, крайне слабъ; артеріи однако легко находятся, нѣсколько извиты и повидимому

нѣсколько утолщены. Больной лихорадитъ: температура вечеромъ отъ 37,8 до $38^1/_2$, утромъ та же или чаще ниже. Кожа суха и мѣстами покрыта обширными экхимозами, которые легко появляются отъ небольшаго давленія. Сна не болѣе 3—4 часовъ въ сутки, безпокойнаго. Голова не болитъ и вообще свободна.

На окончательныхъ діагностическихъ заключеніяхъ я остановлюсь по изложеніи теченія болѣзни и вліянія терапіи, что, какъ увидимъ, дастъ цѣнныя данныя для діагноза. Скажу лишь о моихъ начальныхъ соображеніяхъ. На простой гипереміи печени, активной и пассивной, я конечно не могъ остановиться, потому что такое предположеніе не объясняло ни желтухи, ни задержанія желчи, ни громаднаго увеличенія печени и потому, что печень была нечувствительна. Ракъ печени я исключалъ по отсутствію болей, чувствительности при давленіи и результатамъ ощупыванія. Закрытіе ductus choledochi я исключалъ потому, что не было прежде приступовъ colicae hepaticae, по отсутствію болей и чувствительности при давленіи въ настоящее время, а главное потому, что при огромной печени испражненія не были вполнѣ обезцвѣчены, содержали еще желчный пигментъ, и желтуха глазъ общихъ покрововъ и мочи была весьма умѣренна, далеко не достигала той крайней степени, какая замѣчается при закрытіи главнаго желчнаго протока. Всего скорѣе можно было думать, кромѣ гипертрофическаго цирроза, о многокамерномъ эхинококкѣ и сифилисѣ. Противъ эхинококка говорила форма печени, а противъ сифилиса—то обстоятельство, что ни самъ больной, ни его отецъ и мать не имѣли сифилиса. Брюшную водянку я долженъ былъ отнести къ перитониту, развившемуся отъ простуды въ самомъ помѣщеніи больнаго, по слѣдующимъ соображеніямъ. Боли въ животѣ появились около половины октября. Цѣлый мѣсяцъ передъ этимъ больной уже не выходилъ изъ комнаты; большею частью лежалъ въ постели въ одномъ бѣльѣ, то покрываясь одѣяломъ, то отъ

жара (при лихорадкѣ) раскрываясь; а у самой постели была дверь, обыкновенно не притворенная или плохо притворенная, откуда сильно дуло изъ рядомъ находящагося холоднаго ватерклозета. Боли появились, когда больнаго стало слабить отъ Карлсбада по 10—15 разъ въ день; бывали сначала лишь при позывѣ на низъ, но потомъ сдѣлались постоянными. Далѣе же дѣло шло такъ (какъ видно будетъ ниже, изъ дневника болѣзни): когда прекращена была возможность новыхъ простудъ, животъ сталъ содержаться въ постоянномъ теплѣ и тотчасъ по употребленіи каломеля прекратился поносъ, а слѣдовательно и раздраженіе брюшины движеніями кишекъ, боли живота стали уменьшаться, такъ что уже черезъ двѣ недѣли отъ начала моего наблюденія (см. дневникъ 25-го ноября) вмѣстѣ съ исчезновеніемъ болей замѣчено было начало уменьшенія живота. Въ это время нельзя еще было констатировать ни малѣйшаго уменьшенія печени; начало послѣдняго было замѣчено лишь черезъ двѣ съ половиною недѣли послѣ того (см. дневникъ 11, 12 и 13 декабря). Наконецъ, несмотря на значительную брюшную водянку, у больнаго не было ни малѣйшаго слѣда растяженія венъ на поверхности живота,—хотя при крайнемъ общемъ похуданіи это легко бы было замѣтить,—растяженія венъ, которое наблюдается, какъ извѣстно, при брюшной водянкѣ отъ болѣзней печени — вслѣдствіе затрудненнаго кровообращенія въ области воротной вены. Повторяю, я остановлюсь позднѣе на окончательномъ діагнозѣ.

Итакъ, я предположилъ гипертрофическій (биліарный) циррозъ печени, катарръ толстой кишки, умѣренный перитонитъ, особенно въ сосѣдствѣ послѣдней (S romanum), и, въ виду прежняго злоупотребленія виномъ, явленій въ сердцѣ и артеріяхъ, бѣлка и цилиндровъ въ мочѣ, возможность цирроза почекъ. Сильное развитіе отека ногъ и отчасти брюшной водянки я отнесъ къ упадку дѣятельности сердца вслѣд-

ствіе внезапнаго прекращенія питья вина, лихорадки и истощенія; къ тому же отчасти и плохой сонъ.

Устроивъ больнаго сколь возможно лучше въ его комнатѣ и переведя, какъ выше сказано, при первой возможности въ другую, вполнѣ удовлетворительную, я назначилъ держать аккуратно животъ въ теплѣ (теплое прованское масло и фланель вдвое), въ качествѣ пищи и питья—продолжать молоко, парное (позднѣе, при улучшившемся аппетитѣ, были прибавлены жареный рябчикъ, безъ кожи, и немного бѣлаго хлѣба), а для поддержки дѣятельности сердца и вообще нервныхъ отправленій—привычныя больному nervina: чай (стаканъ довольно крѣпкаго въ день), вино (прежняя мадера отъ 6 до 8 столовыхъ ложекъ въ сутки) и раза 3—4 въ день по 25 капель смѣси t-rae valer. aethereae и liquoris anodyni Hoffmanni ana. На основаніи же того, что мнѣ было извѣстно о дѣйствіи каломеля при печеночной коликѣ отъ желчныхъ камней, я рѣшилъ испробовать въ настоящемъ случаѣ это средство. Думалъ еще поставить мушку на нижнюю часть лѣвой половины живота, но этому мѣшали значительныя экхимозы именно въ названномъ мѣстѣ: больной, лежа на лѣвомъ боку, поддерживалъ это мѣсто рукой и экхимозы представляли точные оттиски ладони и пальцевъ.

9-го ноября. Полосканье изъ Бертолетовой соли, которое больной съ этого дня продолжалъ во все время лѣченія каломелемъ, т.-е. до конца іюня 1884 года. Шесть порошковъ каломеля по грану: первые три черезъ часъ, послѣдніе черезъ два. Послѣ шестаго—обильное и характерное каломельное послабленіе темнозелеными испражненіями безъ боли. Какъ этотъ разъ, такъ и слѣдующіе, больнаго слабило отъ каломеля разъ, иногда два, никогда болѣе, всегда болѣе или менѣе обильно и безъ боли.

10. Вовсе нѣтъ на низъ: прежніе частые и безплодные позывы прекратились съ этого времени. Боли въ животѣ нѣсколько поменьше, пульсъ и сонъ замѣтно лучше, прочее безъ перемѣны.

11. 3 порошка каломеля, по грану черезъ часъ. Хорошее каломельное послабленіе.

12. То же лѣченіе, то же дѣйствіе.

13. 2 порошка, то же дѣйствіе.

14, 15, 16 и 17. Каломеля эти дни не давали. На низъ произвольно нѣтъ; послѣ клистира (15 и 17) немного оформленныхъ испражненій, не такихъ темнозеленыхъ, какъ послѣ каломеля, но замѣтно лучше окрашенныхъ, чѣмъ до начала лѣченія каломелемъ, хотя все еще много слабѣе нормальнаго. Аппетитъ начинаетъ появляться, болей въ животѣ поменьше, сонъ лучше, пульсъ полнѣе и крѣпче, хотя все 120. Прочее безъ перемѣны.

19 и 20, 22 и 23 по три грана каломеля прежнимъ порядкомъ. Обычное дѣйствіе.

25. Больному замѣтно лучше: аппетитъ поживѣе, испражненія лучше окрашены (но безъ каломеля бываютъ только отъ клистира, который ставится черезъ день изъ тепловатой воды), желтуха меньше, боли въ животѣ исчезаютъ, объемъ его поменьше (90 и 40 центим.), сонъ и пульсъ получше.

26 и 27, 29 и 30 ноября, 3 и 4 декабря по три грана каломеля прежнимъ порядкомъ. Обычныя каломельныя испражненія, менѣе обильныя чѣмъ прежде. Улучшеніе понемногу продолжается.

7 и 8 по четыре грана каломеля прежнимъ порядкомъ. На низъ нѣтъ.

9. Три пріема каломеля, по 2 грана черезъ два часа. Черезъ 3 часа послѣ послѣдняго пріема ложка касторовaго масла. Обильныя каломельныя испражненія.

11, 12 и 13. Аппетитъ замѣтно лучше. На низъ иногда отъ клистира, а иногда произвольныя испражненія, изрядно окрашенныя желчью, хотя еще далеко не вполнѣ нормально. Желтизна глазъ и кожи исчезаетъ; но оливковый цвѣтъ остается (и остался доселѣ). Болей въ животѣ нѣтъ. Главное же—съ этого времени рѣзко увеличилось количество мо-

чи, до 900—1100 к. с. въ сутки (при чемъ она стала свѣтла и вполнѣ свободна отъ желчнаго пигмента, но бѣлокъ остался), а лихорадка уменьшилась. Послѣдняя держалась еще недѣль шесть, до 22 января; но вмѣсто прежнихъ 37,8—$38^{1}/_{2}$° вечеромъ, а иногда и утромъ, лишь 37,6—37,8° вечеромъ, а утромъ около 37°. Въ эти же дни впервые можно было констатировать небольшое уменьшеніе объема печени. Сонъ и пульсъ (110) еще лучше. Перестали появляться новые экхимозы. Касательно лѣченія слѣдуетъ прибавить, что за истекшій мѣсяцъ раза четыре данъ былъ больному хининъ (2 пріема, по 5 gr.) въ тѣ дни, когда не давался каломель. Хининъ хорошо переносился желудкомъ, но на лихорадку не оказывалъ никакого вліянія.

25. Объемъ живота 78 и 33 центим., отекъ ногъ тоже быстро уменьшается. На низъ опять только послѣ клистира, испражненій менѣе и окраска ихъ блѣднѣе.

26 и 27, 29, 30 и 31 по три порошка каломеля, по грану черезъ часъ. Умѣренное каломельное послабленіе.

3 января 1884. 3 порошка каломеля, по грану черезъ часъ. На низъ нѣтъ.

4. 3 пріема каломеля, по 2 грана черезъ 2 часа; потомъ ложка касторовагo масла. Обильныя каломельныя испражненія.

Съ 5 по 22 января равномѣрное улучшеніе продолжается. Къ 22-му признаки жидкаго скопленія въ животѣ, равно и отекъ ногъ совершенно исчезли; лихорадка тоже. Печень понемногу уменьшается. За это время сдѣланы больному двѣ мыльныя ванны (въ 29° R.) для очищенія кожи; послѣ ваннъ больной слабѣлъ. За послѣдніе дни на низъ опять хуже: лишь послѣ клистира, маловато и окраска испражненій опять слабѣе.

23. Четыре пріема каломеля, по грану черезъ часъ. Нѣтъ дѣйствія.

24. 3 пріема каломеля, по 2 грана черезъ два часа. Обильныя каломельныя испражненія.

Съ этого времени и до настоящаго (августъ 1884) состояніе больнаго продолжало улучшаться. Аппетитъ понемногу сталъ такимъ, какого больной не зналъ у себя уже года три. Печень хотя крайне медленно, но продолжала уменьшаться. Бѣлокъ въ мочѣ уменьшился до самой слабой реакціи, но не исчезъ совершенно. Сонъ сталъ вполнѣ нормаленъ, а настроеніе духа поразительно (въ сравненіи съ прежнимъ) хорошо. Больной сталъ понемногу полнѣть и крѣпнуть. На низъ послѣ обильныхъ каломельныхъ испражненій нѣсколько дней бывали произвольно испражненія въ достаточномъ количествѣ и изрядно окрашенныя; но потомъ становились менѣе обильны и хуже окрашены и, наконецъ, опять требовались клистиры. Тогда опять давался каломель, — съ этого времени всегда три пріема по 2 грана, часа черезъ три, безъ касторoваго масла,—и всегда было обычное хорошее дѣйствіе съ его послѣдствіями. Такъ былъ данъ каломель 6, 16 и 26 февраля, 6 и 30 марта, 14 апрѣля, 1 и 16 мая и послѣдній разъ 20-го іюня. Между 6 и 30 марта, въ свободное отъ каломеля время, около 2 недѣль давали Эмсъ-Кессельбрунъ по ℥jv трижды въ утро, подогрѣтый, безъ малѣйшаго вліянія на состояніе больнаго (лишь крѣпило на низъ). Въ то же время, послѣ Эмса, такъ какъ пульсъ, несмотря на отсутствіе лихорадки, все былъ частъ (около 110), испробована была digitalis (24 gr., въ infusum, въ теченіе трехъ сутокъ), тоже безъ всякаго успѣха. Пульсъ понемногу становился рѣже и рѣже лишь съ поправленіемъ здоровья, но и теперь около 90. Наконецъ для полноты слѣдуетъ прибавить, что у больнаго отъ долговременнаго лежанья, обыкновенно на спинѣ и съ согнутыми въ колѣняхъ ногами, развились контрактуры и парезы нѣкоторыхъ мышцъ, движущихъ голень и стопу, на обѣихъ ногахъ. Постепенное упражненіе ногъ въ ходьбѣ, массажъ и индуктивный токъ устранили, хотя и весьма медленно, это состояніе, причемъ крайне исхудавшія мышцы замѣтно пополнѣли. Съ марта

электризовали индуктивнымъ токомъ животъ для дѣйствія на кишки и печень. На запоры это, повидимому, имѣло нѣкоторое вліяніе; имѣло ли на печень—трудно сказать: печень много уменьшалась уже до того, съ того же времени не стала уменьшиться скорѣе и вообще съ тѣхъ поръ уменьшилась немного (притомъ и употребленіе каломеля продолжалось).

Теперь (конецъ августа 1884 г.) состояніе больнаго таково. Проводя лѣто въ деревнѣ, онъ дѣлаетъ порядочныя прогулки пѣшкомъ. Болѣе двухъ мѣсяцевъ не принимаетъ каломеля и вообще ничѣмъ не лѣчится. Аппетитъ хорошъ, пищевареніе совершенно правильно (крайне рѣдко бываетъ нуженъ клистиръ), сонъ превосходный, настроеніе духа хорошее, больной очень пополнѣлъ и окрѣпъ. Въ мочѣ все есть бѣлокъ, хотя и въ ничтожномъ количествѣ; артеріи и сердце въ прежнемъ состояніи, пульсъ все около 90. Печень несравненно меньше прежняго, но все еще безспорно больше нормальнаго, вездѣ пальца на полтора поперечныхъ выдается изъ-за края реберъ и тверже нормальнаго. Свѣтлооливковый цвѣтъ кожи остался.

Возвращаюсь къ діагнозу, интересъ котораго въ настоящемъ случаѣ понятенъ. Послѣ столь благопріятнаго теченія болѣзни конечно нечего говорить о многокамерномъ эхинококкѣ печени. Другое дѣло сифилисъ: не было ли здѣсь излѣченія сифилиса печени ртутнымъ препаратомъ, каломелемъ? На этой мысли нельзя остановиться по слѣдующимъ причинамъ. Ни отецъ больнаго (теперь умершій, но котораго я зналъ), ни мать не имѣли сифилиса. Самъ больной, теперь безгранично довѣрчивый къ врачу и послушный, заявилъ, что онъ вообще рѣдко позволялъ себѣ половыя сношенія и никогда ничего не имѣлъ, ни даже триппера, что у него никогда не лѣзли волосы (и теперь замѣчательно густые), не было никакихъ сыпей и язвъ, ни ночныхъ и вообще никакихъ болей. Результаты ощупыванія печени: совершенная гладкость ея поверхности, правильность формы и острый

свободный край тоже говорятъ противъ сифилиса; малая окраска испражненій и желтуха также несвойственны сифилису печени. Наконецъ самое лѣченіе: каломель давался всегда такъ, чтобы вызвать послабленіе, и вызывалъ его; притомъ давался съ промежутками все болѣе и болѣе продолжительными. Всякому опытному врачу извѣстно, что успѣхъ при лѣченіи сифилиса печени, какъ и вообще тяжелыхъ случаевъ сифилиса, достигается не такой интенсивностью и не такимъ порядкомъ ртутнаго лѣченія и врядъ ли достигается безъ одновременнаго употребленія большихъ пріемовъ іодистаго калія. Поэтому еще съ большею вѣроятностью, чѣмъ въ началѣ моего наблюденія, я могу остановиться въ настоящемъ случаѣ лишь на гипертрофическомъ циррозѣ печени. Стóитъ отмѣтить еще слѣдующее. Изъ этіологіи гипертрофическаго или желчеваго цирроза печени выяснилось, какъ извѣстно, то обстоятельство, что онъ,—въ противоположность простому (Леннекову) циррозу,—замѣчается послѣ злоупотребленія не водкой, а виномъ. Анамнезъ описаннаго мною случая свидѣтельствуетъ о томъ же: больной вовсе не пилъ водки, пилъ одну мадеру.

Нѣсколько словъ о прогнозѣ. Прочно ли улучшеніе въ состояніи печени? Если больной будетъ вести такой правильный образъ жизни, какъ теперь, то, кажется мнѣ, возвратъ желчевыхъ явленій мало вѣроятенъ, а еслибы и произошелъ, то при вѣрномъ дѣйствіи каломеля не представляетъ особенной опасности. Иной вопросъ, не развилась бы другая форма цирроза печени (Леннека); но объ этомъ, конечно, ничего нельзя сказать теперь. Роковое значеніе для больнаго имѣютъ, понятно, непроходящая альбуминурія и явленія въ артеріяхъ и сердцѣ. Во всякомъ случаѣ поправленіе состоянія больнаго при данныхъ условіяхъ поразительно: близкіе его, прошлою осенью потерявшіе всякую надежду на его выздоровленіе, теперь спрашиваютъ врача о возможности женитьбы для больнаго.

Рожа лица.—У особъ молодыхъ, съ надежнымъ сердцемъ и правильнымъ пищевареніемъ, даю хининъ до легкаго шума въ ушахъ, дѣлаю, если обстоятельства позволяютъ, общія ванны отъ 24 до 20⁰ R. и кладу холодныя примочки на пораженныя рожею мѣста. Хининъ хорошо понижаетъ температуру; холодныя ванны и примочки тоже, а иногда и прямо прерываютъ процессъ: лихорадка и распространеніе рожи прекращаются. Но бываютъ случаи рожи лица у особъ немолодыхъ, съ не совсѣмъ надежной сердечной мышцей и уже не вполнѣ нормальнымъ состояніемъ пищеварительныхъ органовъ: съ диспепсіей или катарромъ желудка, наклонностью къ запору, бывшей или еще имѣющеюся печеночною коликой и не совсѣмъ достаточною окраской испражненій. Въ такихъ случаяхъ хининъ плохо переносится желудкомъ, а холодныя ванны тоже дурно переносятся по причинѣ вздутости живота (вслѣдствіе кишечнаго метеоризма) и слабоватой дѣятельности сердца. И то и другое средство не даютъ тогда такихъ хорошихъ результатовъ, какъ въ прежде обозначенныхъ случаяхъ. Тогда я замѣняю эти средства каломелемъ, по грану черезъ часъ (послѣдніе пріемы черезъ два) до послабленія; если послѣ 12 gr. не слабитъ, даю касторовое масло. Никогда не забываю при этомъ полосканья изъ kali chloricum. Послѣ хорошаго послабленія метеоризмъ уменьшается, облегчаются дыханіе и состояніе головы, температура падаетъ на день или на два, больной проводитъ одну или двѣ покойныя ночи. Иногда температура падаетъ до нормы и больше не подымается; тогда и распространеніе рожи прекращается. Если же лихорадка снова поднимается, рожа продолжаетъ распространяться и состояніе силъ больнаго удовлетворительно, то даю каломель во 2-й разъ прежнимъ порядкомъ. Болѣе двухъ разъ не приходится давать, или потому, что рожа прекращается, или потому, что она хотя и длится, но лихорадка не велика, а силы больнаго съ продолженіемъ болѣзни уменьшаются. Тогда назначаю умѣ-

ренные пріемы хинина, который послѣ каломеля, послѣ улучшенія послѣднимъ состоянія пищеварительныхъ органовъ, переносится лучше.

Брюшной тифъ.—Какъ и многіе другіе, я видѣлъ пользу отъ каломеля въ этой болѣзни. Какъ и другіе, даю его въ первую недѣлю и обыкновенно не позже 8—9 дня болѣзни. Даю, если нѣтъ поноса, если позволяютъ силы больнаго и, опять прибавлю, особенно охотно даю, если есть такое состояніе пищеварительныхъ органовъ, какое описано выше у второй категоріи рожистыхъ больныхъ. Каломельное послабленіе уменьшаетъ метеоризмъ, облегчаетъ дыханіе и сосостояніе головы, понижаетъ на день или на два температуру и даетъ больному одну или двѣ сравнительно покойныя ночи (больной лучше спитъ и меньше бредитъ). Хорошее вліяніе такихъ двухъ легко проведенныхъ больнымъ дней,—такой относительной эвфоріи почти въ срединѣ болѣзни,—на дальнѣйшее теченіе послѣдней, по моимъ впечатлѣніямъ, неотрицаемо. Каломель даю точно такъ же, какъ и при рожѣ, но не повторяю изъ опасенія ослабить больнаго,—опасенія, которое при брюшномъ тифѣ имѣетъ конечно еще болѣе основанія, чѣмъ при рожѣ. Не могу не замѣтить при этомъ, что предполагаемое специфическое дѣйствіе каломеля на кишечные микробы брюшнаго тифа мнѣ кажется не особенно вѣроятнымъ. Такого рѣшительнаго перерыва процесса, какъ напримѣръ маляріи хининомъ, отъ каломеля при брюшномъ тифѣ не замѣчается; а замѣчается лишь такое же хорошее вліяніе на дальнѣйшее теченіе болѣзни, какъ и при рожѣ лица, и, какъ сейчасъ скажу, при крупозной пневмоніи и острой Брайтовой болѣзни,—все при процессахъ, гдѣ конечно причина не въ кишечныхъ микробахъ. Напротивъ при холерѣ, гдѣ всего скорѣе можно бы ждать дѣйствія отъ каломеля, я не видалъ ни малѣйшаго успѣха отъ послѣдняго въ двѣ сильныя эпидеміи въ Москвѣ въ 1853 и 1854 гг., когда я, какъ ординаторъ временнаго холернаго отдѣленія

въ Университетской клиникѣ, видѣлъ довольно больныхъ и каломель составлялъ обыкновенное лѣченіе холеры.

Крупозная пневмонія.— Въ первые два года моей самостоятельной практики я давалъ digitalis, пользы не видалъ, вредъ—нерѣдко, и съ тѣхъ поръ не употребляю этого средства при пневмоніи. Въ нѣсколькихъ случаяхъ испробовалъ холодныя ванны и убѣдился, что пневмоники переносятъ ихъ, но безъ малѣйшей пользы для себя, если не считать ничтожнаго и кратковременнаго пониженія температуры. То, что извѣстно о каиринѣ, не искушало меня испробовать это средство. Отъ хинина я наблюдалъ лишь кратковременное пониженіе температуры и то отъ огромныхъ пріемовъ, которые не легко переносятся желудкомъ и нервной системой; поэтому обыкновенно не употребляю этого средства при крупозной пневмоніи, за исключеніемъ нѣкоторыхъ затянувшихся случаевъ, когда лихорадка сильно ремиттируетъ по утрамъ и уже умѣренные пріемы хинина дѣйствительны. Еще менѣе пригоднымъ при крупозной пневмоніи нахожу салициловый натръ, особенно по причинѣ его дѣйствія на сердце. Мое главное средство при лѣченіи крупозной пневмоніи, кромѣ обычныхъ симптоматическихъ (Доверова порошка отъ кашля вначалѣ,—пока нѣтъ или мало мокроты,— вина для сердца и проч.), было доселѣ, осталось и послѣ введенія въ практику антипирина и антифебрина,—каломель. Я даю его,—такимъ же порядкомъ, какъ и при рожѣ,—въ стеническихъ случаяхъ пневмоніи, у больныхъ крѣпкаго сложенія, при хорошемъ состояніи силъ, большею частью лишь въ первые дни болѣзни и, долженъ прибавить, особенно охотно даю, если есть такое состояніе пищеварительныхъ органовъ, какое описано у рожистыхъ больныхъ второй категоріи. Дѣйствіе то же, что при рожѣ лица и брюшномъ тифѣ: за послабленіемъ слѣдуютъ уменьшеніе объема живота, облегченіе дыханія и состоянія головы, пониженіе температуры и хотя одна покойная ночь. Такое облегченіе, та-

кая относительная эвфорія среди теченія такой скоротечной болѣзни, какъ крупозная пневмонія, имѣетъ, по моимъ впечатлѣніямъ, такое же хорошее вліяніе на дальнѣйшее теченіе болѣзни, какъ и въ брюшномъ тифѣ, если еще не лучшее: иногда пониженіе температуры отъ каломеля прямо переходитъ въ кризисъ. Повторять каломель при крупозной пневмоніи обыкновенно не приходится по скоротечности болѣзни и изъ опасенія ослабить больнаго.

Острая Брайтова болѣзнь.—Въ случаяхъ, развивающихся самостоятельно, безъ предшествовавшей инфекціонной болѣзни, а также въ такихъ, которые встрѣчаются въ послѣродовомъ періодѣ, но не находятся въ связи съ пуэрперальной септицеміей, я даю каломель въ первое время болѣзни,—даю точно такъ же, какъ описано при рожѣ, и съ тѣмъ же хорошимъ дѣйствіемъ, значительнымъ пониженіемъ температуры и уменьшеніемъ мѣстныхъ явленій: боли въ сторонѣ почекъ слабѣютъ, моча увеличивается въ количествѣ и свѣтлѣетъ. Если потомъ температура снова подымается, а силы держатся, то иногда повторяю употребленіе каломеля, какъ и при рожѣ.

Противопоказаніе къ каломелю, помимо слабости больнаго (главнымъ образомъ пульса), составляютъ поносы—поносы съ обильными, изнуряющими испражненіями, а не такіе, какъ описанный у больнаго съ гипертрофическимъ циррозомъ печени: такой не противопоказуетъ, а напротивъ показуетъ каломель.

ДОПОЛНЕНІЕ.

Для характеристики эпохи, въ которую семь лѣтъ назадъ (въ январѣ 1884), я сообщилъ въ Московскомъ Физико-Медицинскомъ Обществѣ о лѣченіи каломелемъ, сообщеніе это печатается и въ настоящемъ (четвертомъ) изданіи въ своемъ

первоначальномъ видѣ; прибавлена лишь, при лѣченіи крупозной пневмоніи, замѣтка по поводу новыхъ противулихорадочныхъ средствъ. Мои позднѣйшія наблюденія надъ лѣченіемъ болѣзней кишекъ, почекъ и водянки сердечнаго происхожденія—каломелемъ—приведены въ напечатанной ниже статьѣ Dr. Н. Ѳ. Голубова, появившейся впервые во 2-мъ изданіи „*Каломеля*". Въ настоящее же время я намѣренъ вновь коснуться *показаній къ употребленію каломеля при болѣзняхъ желчевыхъ путей*.

Въ первоначальномъ сообщеніи я указалъ на двѣ болѣзни желчевыхъ путей, при которыхъ слѣдуетъ употреблять каломель, на тяжелые, особенно лихорадочные случаи колики отъ желчныхъ камней (colica hepatica) и на гипертрофическій циррозъ печени. На основаніи позднѣйшихъ наблюденій я долженъ расширить эти показанія: каломель приходится употреблять *при гипертрофическомъ циррозѣ печени*,—*при всѣхъ* (а не только тяжелыхъ) *случаяхъ желчныхъ камней и при катарральной желтухѣ*.

Показаніе къ каломелю при желчныхъ камняхъ и катарральной желтухѣ я долженъ формуловать такъ: если при названныхъ болѣзняхъ обычныя мѣры,—правильный режимъ, діэта, иногда теплыя ванны и, главное, употребленіе минеральныхъ водъ, щелочныхъ или землистыхъ (Contrexéville),—медленно подвигаютъ улучшеніе,—если замѣчается постоянная чувствительность желчнаго пузыря (при желчныхъ камняхъ) или всей печени (при катарральной желтухѣ,—тѣмъ болѣе, если есть лихорадочное состояніе (но и безъ него) и, конечно, если нѣтъ упомянутыхъ въ первоначальномъ сообщеніи противопоказаній къ каломелю, то слѣдуетъ, прервавъ употребленіе минеральныхъ водъ, дать каломель такимъ порядкомъ, какъ объяснено въ первоначальномъ сообщеніи, затѣмъ снова вернуться къ минеральной водѣ и, въ случаѣ нужды, повторить дачу каломеля, всякій разъ, конечно, прерывая на это время употребленіе минеральныхъ водъ.

Для иллюстраціи вышеизложеннаго показанія сообщу вкратцѣ слѣдующіе случаи.

1. **Желчные камни**. Вольную, о которой будетъ рѣчь, пришлось мнѣ впервые лѣчить отъ обострившагося хроническаго катарра толстой кишки, о чемъ сначала и сообщу.

Больная, 67 лѣтъ, 4 года назадъ перенесла дизентерію. Обыкновенно жалуется лишь на легкую диспепсію (тяжесть и отрыжка послѣ ѣды), на боль въ мѣстѣ желчнаго пузыря и на то, что послѣ дизентеріи на низъ все время неправильно: то запоръ, то 2—3 дня поносъ. *Настоящее состояніе*: Послѣ случайной простуды пропалъ аппетитъ, появились тошнота, кишечныя боли и лихорадочное состояніе. На другой день рвота и поносъ съ сильными кишечными болями: слабило понемногу, жидко, со слизью, безъ крови, раза 3—4 въ часъ; животъ вздутъ и болѣзненъ, особенно въ сторонѣ ободочной кишки. Температура вечеромъ 39,2°, въ мочѣ появился бѣлокъ. Вечеромъ начали давать каломель, черезъ часъ по 1 грану. Послѣ третьяго порошка рвота прекратилась, послѣ девятаго—обильныя темнозеленыя испражненія, безъ боли; перестали давать каломель. Самочувствіе быстро улучшилось. Температура въ теченіе трехъ дней опустилась до нормы; вмѣстѣ съ паденіемъ температуры бѣлокъ въ мочѣ исчезъ. Первые три дня послѣ каломеля было по 2—4 испражненія въ день, а затѣмъ по одному. Темнозеленый цвѣтъ испражненій держался, постепенно уменьшаясь, цѣлую недѣлю. Танниновые клистиры, начатые на четвертый день послѣ каломеля, покончили съ остатками катарра кишки.

Черезъ $1^1/_2$ года та же больная представилась мнѣ въ слѣдующемъ состояніи: нервная система, грудь (за исключеніемъ легкаго атероматоза аорты) и почки здоровы;—больная жалуется на постоянный горькій вкусъ, частую отрыжку желчью, чувство полноты подъ ложечкой, умѣренную боль въ сторонѣ желчнаго пузыря, усиливающуюся при давленіи,

и на то, что то крѣпитъ, то слегка слабитъ. Эмсъ и Виши, нагрѣтые и въ небольшихъ количествахъ, не принесли пользы; а горькія средства (condurango и nux vomica) облегчали лишь немного. Тогда я назначилъ каломель по грану черезъ часъ: послѣ третьяго порошка—обильныя темнозеленыя испражненія (безъ всякой боли) три раза въ первый день, дважды на слѣдующій (каломеля послѣ третьяго порошка болѣе не давали) съ полнымъ устраненіемъ вышеназванныхъ болѣзненныхъ явлений въ области желудка и желчевыхъ путей на долгое время. Лишь черезъ годъ больная обратилась ко мнѣ съ тѣми же симптомами, но въ меньшей степени: опять то же лѣченіе, 3 порошка каломеля по грану каждый, и опять такой же успѣхъ.

По поводу вышеописаннаго случая считаю нужнымъ коснуться діагностики желчныхъ камней. Нѣкоторые считаютъ вѣрнымъ признакомъ послѣднихъ лишь явные приступы печеночной колики и не обращаютъ должнаго вниманія на боль въ мѣстѣ желчнаго пузыря, на которую или прямо жалуется больной, или которая обнаруживается лишь при изслѣдованіи, при давленіи. Мои наблюденія гласятъ слѣдующее. Во всѣхъ случаяхъ желчныхъ камней, при которыхъ бываютъ, часто или рѣдко, приступы печеночной колики, замѣчается постоянная, т.-е. и въ промежуткахъ между названными приступами, вышеописанная боль въ сторонѣ желчнаго пузыря; исключенія въ высшей степени рѣдки. Далѣе, бываютъ случаи желчныхъ камней, гдѣ наблюдается только упомянутая постоянная боль, безъ приступовъ печеночной колики. Затѣмъ встрѣчаются всѣ переходы между этими двумя родами случаевъ: такъ бываетъ, что долгое время наблюдается лишь постоянная боль въ сторонѣ желчнаго пузыря, а затѣмъ являются и приступы печеночной колики;—послѣдніе могутъ быть во всѣхъ градаціяхъ, отъ самыхъ легкихъ до самыхъ жестокихъ; — затѣмъ приступы печеночной колики, вслѣдствіе лѣченія или лишь правильнаго образа жизни, могутъ

прекратиться и остается лишь постоянная боль въ мѣстѣ желчнаго пузыря, которая, конечно, тоже можетъ пройти. На основаніи вышеизложенныхъ наблюденій я считаю упомянутую постоянную боль въ мѣстѣ желчнаго пузыря вѣрнымъ признакомъ желчныхъ камней послѣдняго. Зависитъ она, по всей вѣроятности, отъ вызываемаго камнями хроническаго воспаленія стѣнокъ желчнаго пузыря; тогда какъ приступы печеночной колики условливаются спазмомъ нервомышечнаго аппарата пузыря и сопровождающею его невралгіей и вызываются такими вліяніями, какъ травмы (тряская ѣзда, неудобный костюмъ), душевныя волненія, погрѣшности въ діэтѣ, простуда (сидѣнье правою стороной у окна или наружной стѣны въ холодное время года,—пребываніе на холодномъ вѣтру съ правой стороны).

2. **Катарральная желтуха.** Опишу послѣдній, наблюдавшійся мною, случай.

12 ноября 1890 г. поступилъ въ клинику крестьянинъ 39 лѣтъ, жалуясь на боль подъ ложечкой, вонючую отрыжку, тошноту, иногда и рвоту, на желтуху и общую слабость.

Условія и образъ жизни. Мѣстность—здоровая, жилое помѣщеніе—хорошее, рабочее помѣщеніе—крайне жаркое (больной—истопникъ), что при холодномъ отхожемъ мѣстѣ и необходимости часто выходить на воздухъ подаетъ поводъ къ частымъ простудамъ. Лѣтомъ больной купается, въ остальное время года еженедѣльно ходитъ въ баню,—потливъ. Немного куритъ, чай пьетъ умѣренно и не горячій, водкой не злоупотребляетъ. Пища—рабочаго человѣка, обѣдъ и ужинъ. Женатъ, не былъ зараженъ сифилисомъ. Работы въ день—часовъ 12; до настоящей болѣзни отъ работы не уставалъ.

Анамнезъ. Больной происходитъ изъ здоровой семьи и до послѣднихъ 4-хъ лѣтъ былъ здоровъ. Затѣмъ страдалъ маскированной маляріей въ видѣ приступовъ жестокой боли въ правой половинѣ головы, иногда оканчивавшихся сильнымъ, доводив-

шимъ до обморока кровотеченіемъ изъ правой ноздри. Описанныя головныя боли и кровотеченія продолжались два года и почти прошли съ переходомъ больнаго въ другую мѣстность. Тогда больной поправился, хотя и не вернулъ вполнѣ прежняго здоровья, и около года ничѣмъ не хворалъ. Въ послѣдній же годъ страдаетъ диспептическими явленіями, указывающими на катарръ желудка (боль подъ ложечкой послѣ ѣды, отрыжка и изжога). Недѣлю назадъ, послѣ явной простуды, у больного появилось лихорадочное состояніе, горловая боль, охриплость, усилился обычный небольшой кашель и въ то же время появились рвота и поносъ, а вскорѣ и желтуха.

Status 13-го ноября 1890 г. Больной — средняго сложенія, плохаго питанія, съ желтухой кожи и глазъ. Аппетитъ очень уменьшенъ, послѣ ѣды — боль подъ ложечкой, вонючая отрыжка, изжога и тошнота; рвоты въ клиникѣ уже не было. Сторона желудка и печени, т.-е. подложечная и правое подреберье—болѣзненны при давленіи. Печень нѣсколько увеличена. Селезенка нормальна. На низъ послѣдніе двое сутокъ не было (прежде, какъ сказано, поносъ). Сегодня, послѣ клистира было немного жесткихъ испражненій, почти безъ желчнаго пигмента, цвѣта глины. Моча—цвѣта пива, даетъ сильную реакцію на желчный пигментъ, бѣлка и сахара не содержитъ. Пульсъ не частъ, но слабоватъ. Органы кровеобращенія и дыханія нормальны. Горловая боль, охриплость и сильный кашель прошли, остался обычный небольшой кашель вслѣдствіе хроническаго катарра глотки. Больной не лихорадитъ. Сонъ обыкновенно хорошъ, но послѣднюю ночь больной плохо спалъ по причинѣ зуда кожи. Правая сторона головы и теперь иногда болитъ немного (надъ и подглазничные нервы правой стороны чувствительны при давленіи). При усталости бываютъ иногда головокруженія, свидѣтельствующія, что послѣ прежнихъ обильныхъ потерь крови больной остался нѣсколько малокровнымъ. За симъ, въ

области нервной системы и органовъ движенія, кромѣ общей слабости, нѣтъ ничего ненормальнаго.

Теченіе болѣзни, 13-го ноября—каломель по грану, пять порошковъ черезъ часъ, а затѣмъ пять же—черезъ 2 часа. Полосканье рта растворомъ Бертолетовой соли. 4 ложки вина, діэта, тепло (фланель) на животъ и покойное положеніе. Прослабило обильно, мягкими темнозелеными испражненіями, послѣ чего моча посвѣтлѣла. Съ 15-го ноября назначенъ Эмсъ-Кессельбрунъ, по $^1/_2$ стакана три раза въ день, всякій разъ за часъ до принятія пищи, температуры около 28° R. (потеплѣе парнаго молока) и, по мѣрѣ надобности, при запорѣ—клистиры, а для успокоенія зуда и улучшенія сна, а также для дѣйствія на катарръ желудка и желчевыхъ путей—теплыя ванны. Къ 21-му ноября диспептическія явленія уменьшились, сонъ исправился и больной нѣсколько окрѣпъ; но желтушныя явленія, уменьшившіяся послѣ каломеля, уже съ 15-го снова пришли въ прежнее состояніе: испражненія стали также обезцвѣчены, а моча также темна, какъ и до каломеля. 21-го ноября каломель былъ повторенъ (причемъ, конечно, 21-го и 22-го не давали Эмской воды): пять порошковъ, по грану, черезъ часъ, а затѣмъ еще 2 черезъ 2 часа. Такое же дѣйствіе и такое же, временное, хотя болѣе продолжительное уменьшеніе желтушныхъ явленій и боли въ сторонѣ печени, какъ и послѣ первой дачи каломеля. Затѣмъ, до 1-го декабря, несмотря на Эмскую воду, вновь назначенныя капли кондуранго (extr. fluid. condurango по 20 капель два раза въ день, послѣ ѣды), теплыя ванны и правильную діэту, желтушныя явленія и боль въ сторонѣ печени не уменьшались замѣтнымъ образомъ. Прибавлю, что послѣ второй дачи каломеля у больнаго цѣлый день болѣли зубы, особенно на правой сторонѣ, можетъ быть вслѣдствіе неаккуратнаго полосканья рта растворомъ Бертолетовой соли; но явленій ртутнаго стоматита не были. 1-го декабря дали каломель въ третій разъ: 5 порошковъ, по грану,

черезъ часъ, затѣмъ еще 3 черезъ два часа и, черезъ два же часа послѣ послѣдняго порошка, столовую ложку кастороваго масла, при тщательномъ полосканіи рта. Больнаго хорошо прослабило обильными, мягкими, темнозелеными испражненіями, послѣ чего послѣднія уже стали постоянно окрашенными желчнымъ пигментомъ, сначала нѣсколько слабѣе нормальнаго, а потомъ вполнѣ нормально, причемъ количество желчнаго пигмента въ мочѣ стало быстро уменьшаться, а потомъ понемногу стали блѣднѣть и общіе покровы. Боль въ сторонѣ печени тоже быстро исчезла послѣ послѣдняго обильнаго послабленія каломельными испражненіями. Больной возобновилъ прерванное на время послѣдняго назначенія каломеля лѣченіе Эмской водой, condurango и изрѣдка теплыми ваннами и 18-го декабря вышелъ изъ клиники совершенно выздоровѣвшимъ.

Точности ради слѣдуетъ прибавить, что за недѣлю до выхода изъ клиники у больнаго послѣ случайной простуды (надуло отъ окна) появился сильный приступъ его обычной боли въ правой сторонѣ головы при небольшомъ лихорадочномъ состояніи (37,8°). Дали 10 грановъ хинина въ клистирѣ (въ виду бывшаго катарра желудка), послѣ чего, при сильномъ шумѣ въ ушахъ, быстро исчезли головная боль и лихорадочное состояніе, а больной почувствовалъ себя окрѣпшимъ и выздоровленіе продолжалось своимъ чередомъ.

ЛѢЧЕНІЕ КАЛОМЕЛЕМЪ

ВЪ НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ.

Dr. Н. Ѳ. Голубова.

До 1885 года, т.-е. до появленія въ свѣтъ сообщенія проф. Захарьина, каломель въ Россіи и въ Германіи находился въ полномъ пренебреженіи. Въ то время врачъ, назначившій больному каломель, рисковалъ встрѣтить критику товарищей и упреки въ отсталой, архаической терапіи. Въ публикѣ каломель возбуждалъ даже страхъ, такъ какъ съ этимъ словомъ было связано представленіе о выпаденіи зубовъ, пораженіи десенъ и проч. Такому положенію каломеля во врачебной практикѣ соотвѣтствовало и его положеніе въ медицинской литературѣ. Наиболѣе распространенные учебники и руководства почти игнорировали каломель или относились къ нему весьма скептически. Просмотрѣвъ журнальную литературу за десятилѣтіе, предшествующее 1885 году, я не нашелъ работъ, касающихся примѣненія каломеля во внутренней терапіи, за исключеніемъ рекомендаціи его при возвратной горячкѣ (я не говорю о примѣненіи его при сифилисѣ и въ нѣкоторыхъ дѣтскихъ болѣзняхъ). Наиболѣе ярко и авторитетно было выражено отрицательное отношеніе къ каломелю въ руководствѣ фармакологіи двухъ выдающихся клиницистовъ Германіи—профессоровъ Nothnagel'я и Rossbach'а, какъ это показано выше, въ сообщеніи проф. Захарьина.

При такомъ положеніи дѣла проф. Захарьинъ сдѣлалъ свое сообщеніе о каломелѣ въ январѣ 1884 года въ Московскомъ

Физико-Медицинскомъ Обществѣ. Краткіе отчеты о немъ въ русскихъ журналахъ появились въ то же время, а полное сообщеніе проф. Захарьина напечатано въ августѣ 1885 г. отдѣльною брошюрой на русскомъ языкѣ и одновременно на нѣмецкомъ - въ лучшемъ и наиболѣе извѣстномъ нѣмецкомъ клиническомъ журналѣ Zeitschrift für klinische Medicin (Band IX, Heft 6, 1885). Въ этомъ сообщеніи проф. Захарьинъ точно указалъ на болѣзни, гдѣ употребленіе каломеля даетъ хорошіе результаты; въ сферѣ этихъ болѣзней онъ точно установилъ показанія къ его назначенію и также точно изложилъ самый методъ употребленія этого средства.

Сообщеніе проф. Захарьина возбудило въ Германіи и Россіи общее вниманіе и въ теченіе послѣдующихъ лѣтъ сообщенные имъ факты получили полное подтвержденіе со стороны самыхъ компетентныхъ наблюдателей. Особенно важнымъ мы считаемъ подтвержденіе извѣстнаго вѣнскаго клинициста, проф. Nothnagel'я. Какъ было сказано выше, профессоръ Nothnagel раньше держался весьма скептическаго, почти вполнѣ отрицательнаго взгляда по отношенію къ каломелю. Теперь же, послѣ сообщенія профессора Захарьина, онъ совершенно измѣнилъ свое мнѣніе. Еще въ предпослѣднемъ изданіи своей фармакологіи, вышедшемъ въ 1884 году, Nothnagel говорилъ о каломелѣ между прочимъ слѣдующее: „Да и на практикѣ мы не могли убѣдиться въ томъ, чтобы каломель, благодаря его желчегоннымъ свойствамъ, заслуживалъ предпочтенія при желтухѣ и при всевозможныхъ нарушеніяхъ отправленій печени". Въ послѣднемъ же, шестомъ изданіи, вышедшемъ въ 1887 году, Nothnagel совершенно выбросилъ эти слова и вмѣсто этого говоритъ слѣдующее *): „Въ послѣднее время Захарьинъ выступилъ за лѣченіе каломелемъ тяжелыхъ застарѣлыхъ случаевъ желчныхъ камней съ лихорадочными припадками

*) Nothnagel und Rossbach.—Handbuch der Arzneimittellehre. 1887. Sechste Auflage, S. 221—222.

печеночной колики и съ постоянною болью въ сторонѣ печени, гдѣ обычное лѣченіе минеральными водами уже не помогаетъ,—а также и за лѣченіе каломелемъ гипертрофическаго цирроза печени". Описавъ затѣмъ предложенный проф. Захарьинымъ методъ употребленія каломеля въ названныхъ случаяхъ, проф. Nothnagel прибавляетъ: „Auf eigene Erfahrungen gestützt müssen wir diese Angabe Sacharjin's bestätigen" („Основываясь на собственныхъ наблюденіяхъ, мы должны подтвердить эти заявленія Захарьина"). Въ декабрѣ 1889 года проф. Nothnagel, обсуждая въ клинической лекціи лѣченіе случая гипертрофическаго цирроза печени, на первомъ планѣ ставитъ „методъ лѣченія каломелемъ, предложенный проф. Захарьинымъ". Изложивъ подробно названный методъ, онъ говоритъ: „На основаніи собственныхъ наблюденій я могу сообщить, что результаты получаются иногда поразительные. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ я былъ просто изумленъ, какъ хорошо дѣйствуетъ это средство. Такъ я припоминаю одну больную, которая уже два года страдала гипертрофическимъ циррозомъ печени. Печень заходила ниже пупка. Больная по поводу своей желтухи была уже нѣсколько разъ въ Карлсбадѣ, подвергалась самому разнообразному лѣченію, и все совершенно безъ успѣха. Наконецъ ей былъ данъ каломель, и въ изумительно короткое время желтуха и объемъ печени уменьшились поразительнымъ образомъ" *).

Цюрихскій клиницистъ проф. Eichhorst въ прежнихъ изда-

*) „Dann könte man eine von Sacharjin angebene Behandlungsmethode einleiten, die darin besteht, dass man den Kranken in, ich möchte sagen, erratischen Gaben Kalomel gibt... Aus eigener Erfahrung kann ich Ihnen mittheilen, das man in einigen Fällen überraschende Erfogle erzielt. In einigen Fällen war ich geradezu frappirt, wie gut dieses Mittel wirkt. So entsinne ich mich einer Frau die seit zwei Jahren an einer hypertrophischen Lebercirrhose litt. Die Leber reichte bis unter den Nabel. Die Patientin war wegen ihres Ikterus mehrmals in Karlsbad, machte die verschiedensten Kuren durch, alles ganz ohne Erfolg. Endlich bekam sie Kalomel und in überraschend kurzer Zeit ging der Ikterus zurück und auch die Leber verkleinerte sich in auffalender Weise" („Internat. Klinische Rundschau", 1889, S. 2051—2052. 15 Dec.).

ніяхъ своего руководства частной патологіи и терапіи, появившихся одно до сообщенія проф. Захарьина, а другое почти одновременно съ нимъ, не говоритъ ни слова о лѣченіи каломелемъ гипертрофическаго цирроза печени; въ послѣднемъ же (третьемъ) изданіи названнаго руководства, появившемся въ 1887 году, онъ говоритъ слѣдующее: „при гипертрофической формѣ цирроза печени я много разъ получалъ весьма хорошіе результаты отъ методическаго лѣченія каломелемъ“ *).

Харьковскій клиницистъ проф. Оболенскій напечаталъ въ 1888 году статью: „Каломель при гипертрофическомъ циррозѣ печени малярійнаго происхожденія“, гдѣ, упомянувъ, что проф. Захарьинъ предложилъ каломель при гипертрофическомъ циррозѣ печени, описываетъ три случая этой болѣзни, въ которыхъ лѣченіе каломелемъ дало блестящіе результаты **). Приводимъ вкратцѣ опасаніе этихъ случаевъ:

Въ первомъ случаѣ печень доходила до пупка. Больная «два раза ѣздила за границу, была въ Маріенбадѣ, Карлсбадѣ, но облегченія не получила». Послѣ того, подъ наблюденіемъ профессора Оболенскаго, она приняла съ промежутками 108 гранъ каломеля, по 4 грана въ день. Печень при этомъ быстро уменьшилась. Тогда больная была отпущена домой и «черезъ полгода, сколько можно судить по письмамъ, состояніе ея еще болѣе улучшилось: она считаетъ себя совершенно здоровою».

Во второмъ случаѣ уже послѣ 48 гранъ каломеля печень значительно уменьшилась, исчезли тошнота, рвота, боли подъ ложечкой, анемія стала меньше, «больная заявляетъ о своемъ полномъ здоровьѣ».

Въ третьемъ случаѣ гипертрофическаго цирроза было осложненіе недостаточностью v. mitralis. Печень—на два поперечн. пальца ниже пупка. Моча—въ маломъ количествѣ (300 к. с.), съ небольшимъ количествомъ бѣлка, безъ цилиндровъ. Ради асцита больной раньше 8 разъ дѣлали проколъ живота. Уже послѣ 24 гранъ каломеля «больная стала совершенно неузнаваемой». Послѣ 96 гранъ каломеля «печень и селезенка

*) Eichhorst.—Handbuch der speciell. Pathologie und Therapie. Bd. II. Dritte Auflage, S. 390—391.

**) Медицинское Обозрѣніе 1888 г., № 15.

очень уменьшились, моча выдѣляется въ нормальномъ количествѣ, бѣлка слѣды, асцитъ ничтожный, больная пополнѣла, имѣетъ свѣжій цвѣтъ лица, прекрасный аппетитъ, сонъ». Считая себя здоровой, она уѣхала домой. Профессоръ Оболенскій снова видѣлъ ее черезъ семь мѣсяцевъ: «состояніе ея настолько хорошо, — пишетъ онъ, — что она считаетъ себя почти здоровою, имѣетъ хорошій аппетитъ, достаточныя силы, можетъ ходить, работать, не жалуется на одышку».

Въ клиникѣ проф. Pel'я, въ Амстердамѣ, съ блестящимъ успѣхомъ примѣнили каломель въ одномъ случаѣ гипертрофическаго цирроза печени (Deutsche medicin. Wochenschrift. 1887, № 35). Въ виду крайняго интереса и демонстративности этого случая изложу его болѣе подробно.

Горничная, 22 лѣтъ, раньше всегда была здорова. 3 мѣсяца, какъ страдаетъ желтухой, отекомъ ногъ, головными болями и рвотой. При поступленіи въ клинику проф. Pel'я больная „представляла всѣ явленія «icterus gravis». Общая анасарка, сильный отекъ ногъ, асцитъ, печень значительно увеличена, окружность живота 117 сант. Количество мочи около 300 куб. сант., темнаго цвѣта, безъ бѣлка. Пульсъ слабъ, сердце нормально. По вечерамъ лихорадитъ. По временамъ впадаетъ въ коматозное состояніе. Въ теченіе первыхъ 4 недѣль пребыванія въ клиникѣ 3 раза былъ сдѣланъ проколъ живота, не принесшій облегченія. Затѣмъ давали каломель, 3 раза въ день по $3^2/_5$ грана (0,2), въ теченіе 8 дней: количество мочи сейчасъ же увеличилось и доходило до 6375 куб. сант. Затѣмъ былъ сдѣланъ перерывъ на двѣ недѣли: количество мочи постепенно уменьшилось до 250 куб. сант. Снова—каломель въ прежней же дозѣ, въ теченіе 12 дней: моча снова стала выдѣляться въ большомъ количествѣ, что продолжалось и по прекращеніи употребленія каломеля; отекъ ногъ и покрововъ живота, равно какъ и асцитъ совершенно исчезли (vollkommen verschwunden). Черезъ три недѣли послѣ послѣдняго пріема каломеля «паціентка *была выпущена повидимому здоровой*». Пять мѣсяцевъ спустя послѣ этого «*состояніе больной было вполнѣ удовлетворительно*» (ganz befriedigend).

Изъ клиники же Pel'я, въ той же статьѣ, было сообщено о двухъ случаяхъ желчныхъ камней, съ успѣхомъ лѣченныхъ

каломелемъ: послѣ дачи каломеля припадки колики сейчасъ же прекратились, паціенты „совершенно выздоровѣли", а бывшая въ одномъ случаѣ желтуха быстро исчезла.

Въ Петербургской Александровской барачной больницѣ докторъ Посадскій, подъ наблюденіемъ проф. Боткина, лѣчилъ каломелемъ 23 случая крупозной пневмоніи; другіе 25 случаевъ крупозной пневмоніи онъ лѣчилъ параллельно антипириномъ. Изъ наблюденій д-ра Посадскаго видно, что при каломелѣ болѣзнь скорѣе оканчивалась, паденіе температуры было почти всегда критическое,—не было ни одного случая такого упадка силъ, какъ при антипиринѣ,—осложненій было меньше; послѣ разрѣшенія процесса больные, пользованные каломелемъ, скорѣе пріобрѣтали свой прежній вѣсъ; кашель у лѣченныхъ каломелемъ былъ менѣе мучителенъ, мокрота отдѣлялась легче и въ бо́льшемъ количествѣ *).

Проф. Leyden, говоря о каломелѣ въ *Берлинскомъ Обществѣ внутренней медицины* **), между прочимъ сообщилъ объ одномъ случаѣ гипертрофическаго цирроза печени, гдѣ каломель былъ примѣненъ имъ съ успѣхомъ. Въ этомъ же самомъ засѣданіи проф. Leyden обратилъ вниманіе слушателей на то обстоятельство, что мочегонное дѣйствіе каломеля было извѣстно издавна и что такимъ образомъ Jendrassik напрасно приписываетъ ***) себѣ заслугу открытія ****)

---

*) Posadsky. — Antipyrin bei croupöser Pneumonie. — Deutsche med. Wochenschr. 1886, №№ 37 и 38.

**) Засѣданіе 21 марта 1887 года. Отчетъ о немъ см. въ Deutsche medic. Wochenschrift 1887, № 17.

***) Jendrassik.—Das Calomel als Diureticum.—Deutsch. Arch. f. klin. Medic. 1886, апрѣль.

****) Д-ръ Бушуевъ въ своей диссертаціи, *Каломель при водянкахъ и полостныхъ выпотахъ,* сообщаетъ свѣдѣнія, представляющія „открытіе" Jendrassik'а въ весьма невыгодномъ свѣтѣ. Jendrassik разсказываетъ, будто его случайно поразила внезапная полиурія у одного водяночнаго больнаго, которому былъ назначенъ каломель, какъ противусифилитическое средство; а проф. Gebhardt утверждаетъ, что этому больному каломель былъ назначенъ имъ, Gebhardt'омъ, не какъ противусифилитическое, а какъ мочегонное средство; — что онъ показывалъ этого больнаго проф. Wagner'у, при чемъ присутствовалъ и Jendrassik

этого свойства каломеля; при чемъ проф. Leyden указалъ, что въ сообщенiи проф. Захарьина, появившемся почти годомъ раньше статьи Jendrassik'а, отмѣчено несомнѣнное мочегонное дѣйствiе каломеля въ случаѣ гипертрофическаго цирроза *). Съ своей стороны прибавимъ къ этому, что проф. Захарьинъ, рекомендуя въ своемъ сообщенiи каломель при острой Брайтовой болѣзни, прямо указываетъ на увеличенiе количества мочи, какъ на результатъ назначенiя каломеля при этомъ страданiи (см. выше стр. 127).

Прибавимъ еще въ дополненiе къ вышеприведеннымъ подтвержденiямъ наблюденiй и выводовъ проф. Захарьина, что на его сообщенiе не только ни откуда не воспослѣдовало возраженiй, но даже не было и такого рода скептическихъ замѣчанiй, какъ, напримѣръ, замѣчанiе проф. Leyden'а на отзывъ Jendrassik'а о мочегонномъ дѣйствiи каломеля **).

Все вышеизложенное относится къ положенiю каломельной терапiи въ Германiи и Россiи. Въ Англiи каломель какъ прежде, такъ и теперь въ большомъ употребленiи; нѣсколько менѣе имъ пользуются во Францiи. Но ни въ англiйской, ни во французской литературѣ не имѣется такихъ точныхъ индикацiй къ употребленiю каломеля вообще, особенно же при гипертрофическомъ циррозѣ и при желчныхъ камняхъ, какiя

въ качествѣ ассистента послѣдняго. Несмотря на это заявленiе, Jendrassik продолжалъ утверждать, что каломель не былъ назначенъ какъ мочегонное. Тогда проф. Gebhardt опубликовалъ письмо самого больнаго (профессора юриста), подтверждающее заявленiе Gebhardt'а.

*) Профессоръ Leyden говоритъ объ этомъ въ слѣдующихъ выраженiяхъ: Noch an eine andere Arbeit will ich errinnern, welche nicht gerade die diuretische Wirkung des Calomel betont, aber doch in diese Reihe von Beobachtungen gehört, d. i. eine Arbeit von Professor *Sacharjin* in Moskau, welche 1885 in der Zeitschr. f. klin. Med. abgedruckt ist. Diese Arbeit behandelt das Calomel in seiner Anwendung bei hypertrophischer Lebercirrhose und überhaupt in der internen Therapie. Directe Angaben über die diuretische Wirkung liegen nicht vor, nur an einer Stelle ist ausdrücklich erwähnt, dass die Diurese nach der Anwendung des Calomels reichlich wurde..

**) Leyden такъ отозвался о работѣ Jendrassik'а: „möchte ich allerdings sagen, dass die Anpreisungen, welche von Jendrassik ausgehen, wohl etwas zu entusiastisch sind“ (loc. cit, S. 357).

даны въ сообщеніи проф. Захарьина. Просматривая извѣстные трактаты Budd'a, Murchison'a и Harley'я о болѣзняхъ печени, мы нашли рекомендацію каломеля при болѣзняхъ печени вообще, въ качествѣ хорошаго послабляющаго средства, но рядомъ рекомендуются и другія слабительныя (подофиллинъ и соли); точныхъ же индикацій, какія даны проф. Захарьинымъ, нѣтъ (о лѣченіи гипертрофическаго цирроза каломелемъ нѣтъ и рѣчи). Просматривая важнѣйшія работы французскихъ врачей о гипертрофическомъ циррозѣ (Hanot, Jaccoud, Surre и др.) появившіяся до сообщенія проф. Захарьина, мы нигдѣ не могли найти указаній на лѣченіе этой болѣзни каломелемъ. Понятно поэтому, что лишь трудъ проф. Захарьина заставилъ современныхъ нѣмецкихъ клиницистовъ сдѣлать то, чего не могли давно уже извѣстные наблюденія англійскихъ и французскихъ врачей:—перемѣнить свое мнѣніе о каломелѣ.

Какъ видно изъ всего предыдущаго, сообщеніе проф. Захарьина, вновь обративъ вниманіе клиницистовъ и врачей на каломель и будучи подтверждено ихъ наблюденіями, составило начало новой эпохи въ исторіи каломельной терапіи. Сообщенія о лѣченіи каломелемъ, которыхъ до 1885 года вовсе не было, послѣ того появились въ изобиліи. Ниже мы приводимъ длинный, но, конечно, не полный переченъ литературы о каломелѣ съ 1885 года.

Перечислимъ теперь тѣ болѣзни, въ которыхъ, въ настоящее время, каломель назначается съ успѣхомъ. Проф. Захарьинъ, кромѣ болѣзней, указанныхъ въ его сообщеніи, съ успѣхомъ употребляетъ каломель при остромъ катаррѣ толстой кишки (colitis), при дизентеріи и при обостреніяхъ интерстиціальныхъ нефритовъ, а также и при водянкахъ сердечнаго происхожденія (подробнѣе объ этомъ будетъ сказано ниже).

1. Болѣзни желчевыхъ путей:

а) Во всѣхъ случаяхъ желчныхъ камней. — Лѣченіе кало-

мелемъ тяжелыхъ лихорадочныхъ случаевъ желчныхъ камней, предложенное впервые проф. Захарьинымъ, было испытано затѣмъ съ успѣхомъ проф. Nothnagel'емъ; въ клиникѣ проф. Pel'я, въ Амстердамѣ, каломель при желчной коликѣ также далъ прекрасные результаты.

б) При катарральной желтухѣ.

2. Гипертрофическій циррозъ печени. — Проф. Захарьинымъ впервые, а затѣмъ профессорами Nothnagel'емъ, Eichhorst'омъ, Оболенскимъ и Pel'емъ твердо установлена польза каломеля при этой болѣзни. Въ настоящее время (1891) и французскіе врачи приняли каломель, какъ лучшее средство при гипертрофическомъ циррозѣ печени. Такъ въ 1890 году Dr Gilbert, извѣстный своими работами по патологіи печени, напечаталъ *) статью, въ которой на основаніи своихъ наблюденій хвалитъ каломель, долго употребляемый въ малыхъ пріемахъ, какъ самое вѣрное средство при гипертрофическомъ циррозѣ.—Пр.-Доцентъ Шапиро недавно (1890) описалъ **) случай гипертрофическаго цирроза, гдѣ каломель примѣнялся съ блестящимъ результатомъ; на основаніи своихъ наблюденій онъ считаетъ каломель лучшимъ средствомъ при этой болѣзни.

3. Леннековскій циррозъ. — Одни изъ авторовъ видѣли пользу отъ каломеля, другіе—нѣтъ. У одного и того же наблюдателя (наприм., Meyjes изъ клиники проф. Pel'я, въ Амстердамѣ) въ однихъ случаяхъ получался успѣхъ, въ другихъ—никакого. Schwass, испытывавшій (въ Augusta Hospital, въ Берлинѣ), по предложенію проф. Senator'a, каломель при атрофическомъ циррозѣ печени, въ одномъ случаѣ получилъ поразительный результатъ: больной, 45 лѣтъ, которому въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ многократно дѣлали проколъ живота, послѣ энергичнаго лѣченія каломелемъ, въ продол-

*) De la curabilité et du traitement des cirrhoses. Gazette hebdom. de médicine, 1890, p. 184—186.

**) Къ Вопросу о предсказаніи при циррозѣ печени. „Врачъ" 1890, стр. 1047.

женіе нѣсколькихъ недѣль, такъ поправился, что могъ покинуть госпиталь и предпринять путешествіе въ горы Гарца *). Изученіе литературы этого вопроса заставляетъ думать такъ: дѣйствіе каломеля при атрофическомъ циррозѣ не надежно, но можетъ быть испробовано въ разсчетѣ на мочегонное (через почки) дѣйствіе каломеля и на нѣкоторое облегченіе кровообращенія въ области воротной вены (путемъ вліянія на самую печень); если же при томъ есть запоръ съ метеоризмомъ, то каломель будетъ наиболѣе подходящимъ, удовлетворяющимъ заразъ нѣсколькимъ индикаціямъ, слабительнымъ. Что же касается до „чудеснаго“ (geradezu an's Wunderbare grenzende Erfolg) дѣйствія каломеля въ упомянутомъ случаѣ Schwass'a, то невольно возбуждается сомнѣніе, не имѣлъ ли врачъ дѣла съ позднѣйшимъ стадіемъ сифилиса печени: описаніе случая у Schwass'a весьма кратко и не сопровождается указаніемъ на то, была ли строго взвѣшена діагностика (какъ сдѣлалъ проф. Захарьинъ въ его случаѣ гипертрофическаго цирроза), была ли исключена возможность сифилиса. Изученіе литературы показываетъ также, что при Ленneковскомъ циррозѣ каломель лучше дѣйствовалъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ его назначали сейчасъ же послѣ пункціи живота, т.-е. гдѣ предварительно освобождали почки отъ давленія асцитической жидкости.

4. Пассивная гиперемія печени вслѣдствіе болѣзней сердца.—По отзывамъ большинства наблюдателей, употреблявшихъ каломель при болѣзняхъ сердца, печень подъ вліяніемъ этого средства быстро и значительно уменьшается. Въ одномъ извѣстномъ намъ случаѣ больная съ affectio valv. mitralis быстро избавилась отъ сильно мучившихъ ее болей въ увеличенной печени послѣ пріема каломеля, при чемъ печень быстро уменьшилась. Обычныя сердечныя средства, также какъ и сухія банки на область печени, употребленныя раньше, остались безъ всякаго результата.

*) Berlin. klin. Wochenschr. 1888, № 38.

5. Болѣзни кишекъ.—Проф. Захарьинъ видѣлъ большую пользу отъ каломеля при остромъ катаррѣ толстой кишки (*colitis catarrhalis*). Выше (стр. 129) приведенъ вкратцѣ, изъ его практики, случай обострившагося хроническаго колита.

При дизентеріи профессоръ Захарьинъ также съ успѣхомъ даетъ каломель. Приведемъ для примѣра случай изъ его клиники.

Больной, 19 лѣтъ, впервые замѣтилъ кровь въ испражненіяхъ недѣлю назадъ. Число испражненій до 25 въ сутки, съ тенезмами и болями въ животѣ; при давленіи особенно чувствительна нисходящая часть ободочной кишки. Испражненія—типичныя дизентерическія, съ пленками. Температура 38,2. Послѣ 5 порошковъ каломеля, по 1 грану, зеленыя испражненія. Черезъ день крови уже не было; черезъ два дня число испражненій было уже одно въ сутки, безъ крови, отчасти оформлено. Температура въ первые сутки послѣ дачи каломеля пала до 37,3 и затѣмъ постепенно спустилась до 36,3. Затѣмъ—танниновые клистиры и черезъ 8 дней послѣ дачи каломеля больной, поправившись, оставилъ клинику.

6. Болѣзни почекъ.—Проф. Захарьинъ указалъ въ своемъ сообщеніи на пользу каломеля *при острой Брайтовой болѣзни* (см. выше стр. 127). Кромѣ того, онъ съ большою пользой назначаетъ каломель *при обостреніяхъ интерстиціальнаго нефрита*. Какъ образецъ, приведемъ одинъ, относящійся сюда, случай изъ его практики.

Больная, 75 лѣтъ, давно страдаетъ подагрой и атероматозомъ артерій. Болѣе полугода небольшая альбуминурія и небольшой отекъ стопъ. Въ послѣднія недѣли пошло мало мочи и появилась anasarca ногъ и, менѣе, лица и рукъ. Мочи мало (около 300 куб. сант.), много бѣлка, кровь, цилиндры. Digitalis не произвела ни малѣйшаго улучшенія. Тогда, по совѣту проф. Захарьина, было начато лѣченіе каломелемъ; сначала, въ виду слабости больной, по $^1/_4$ грана—12 пріемовъ въ день, а позднѣе по $^1/_2$ грана—6 пріемовъ; такъ три дня, затѣмъ перемежка—вначалѣ краткая, а потомъ болѣе долгая; потомъ опять каломель и т. д. Всякій разъ послѣ каломеля рѣзко увеличивалось количество мочи, уменьшались альбуминурія и anasarca; во время перемежекъ улучшеніе пріостанавливалось, снова

наступало съ возобновленіемъ каломеля, и такъ больная поправилась, пришла въ прежнее, бывшее до появленія анасарки, состояніе.

При обостреніяхъ интерстиціальнаго нефрита съ уреміей проф. Захарьинъ также получалъ отъ каломеля превосходные результаты. Для примѣра приведемъ одинъ случай изъ его практики.

Больная, 22 лѣтъ, два года назадъ перенесла значительную анасарку (лица, рукъ и ногъ), прошедшую при употребленіи горячихъ ваннъ. Шесть мѣсяцевъ назадъ снова отеки и снова успѣшное лѣченіе ваннами. Недѣлю назадъ появился отекъ лица и ногъ, пропалъ аппетитъ, голова стала болѣть и кружиться. Вчера—припадокъ уреміи: потеря сознанія, судороги, рвота. *Status*: Лѣвый желудочекъ сердца увеличенъ, тоны чисты, пульсъ очень полный; явленіе небольшаго отека въ нижнихъ доляхъ легкихъ. Мочи крайне мало (около 300 куб. с.), много бѣлка. Полусознательное состояніе, сильная головная боль. Назначенъ каломель по 1 грану черезъ часъ, до послабленія. Послѣ 10 порошковъ обильное каломельное послабленіе; затѣмъ погнало мочу, отеки стали пропадать, бѣлка остались слѣды. Недѣлю спустя послѣ каломеля, при обильномъ количествѣ мочи, бѣлка нѣсколько дней даже совсѣмъ не было. Черезъ двѣ недѣли больная чувствовала себя совершенно хорошо; отековъ нѣтъ, бѣлка только слѣды.

Относительно дѣйствія каломеля на хроническій паренхиматозный нефритъ показанія авторовъ разнорѣчивы: большинство не получало отъ каломеля хорошихъ результатовъ при этой болѣзни. Проф. Захарьинъ также не видѣлъ пользы отъ каломеля при хроническомъ паренхиматозномъ нефритѣ.

7. ***Болѣзни сердца.***—При болѣзняхъ сердца, точнѣе—при водянкѣ вслѣдствіе болѣзней сердца, каломель употребляютъ въ силу его мочегоннаго дѣйствія. Въ настоящее время большинство наблюдателей держится того мнѣнія, что мочегонное дѣйствіе каломеля зависитъ отъ раздражающаго дѣйствія его, resp. ртути, на эпителій почекъ (Fürbringer и др.). Мочегонное дѣйствіе каломеля при водянкѣ сердечнаго происхожденія не подлежитъ въ настоящее время со-

мнѣнію. Однако оно проявляется далеко не такъ часто, какъ утверждалъ Jendrassik и нѣкоторые другіе. Проф. Leyden (loc. cit.) пришелъ на основаніи своихъ наблюденій къ заключенію, что мочегонное дѣйствіе каломеля проявляется приблизительно только въ половинѣ всѣхъ случаевъ сердечныхъ водянокъ. Профессоръ Nothnagel въ нѣкоторыхъ случаяхъ видѣлъ подъ вліяніемъ каломеля поразительное увеличеніе количества мочи; однако онъ же говоритъ: „каломель дѣйствуетъ не всегда, и въ цѣломъ рядѣ случаевъ не получается никакого мочегоннаго эффекта“ *). Изучая относящуюся сюда литературу, мы не могли найти указаній, въ какихъ именно случаяхъ каломель оказываетъ мочегонное дѣйствіе и въ какихъ нѣтъ. Нѣкоторые отмѣчаютъ, что дѣйствіе каломеля не надежно именно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣется осложненіе пораженіемъ почекъ; но это не вѣрно, такъ какъ многіе получали хорошій результатъ и при одновременномъ существованіи нефрита, а съ другой стороны описано много случаевъ, гдѣ почки были здоровы, но каломель не дѣйствовалъ. Припомнимъ также, что проф. Захарьинъ, какъ приведено выше, видѣлъ пользу отъ каломеля при нефритѣ. Разбирая казуистику, мы замѣтили, что во многихъ случаяхъ, гдѣ каломель оказалъ хорошее мочегонное дѣйствіе, отмѣчено значительное увеличеніе печени, рѣзко уменьшавшейся послѣ дачи каломеля. Является мысль, не обусловливается ли въ такихъ случаяхъ хорошее мочегонное дѣйствіе каломеля также и вліяніемъ его на печень, на опорожненіе желчныхъ протоковъ, каковое вліяніе заставляютъ предполагать физіологическія соображенія и клиническія наблюденія, приведенныя въ первоначальномъ сообщеніи проф. Захарьина. При опорожненіи желчныхъ путей кровообращеніе въ области воротной вены должно облегчиться **) и тѣмъ

*) Nothnagel.—Behandlung der Herzkrankheiten. Русск. перев. стр. 19.

**) Въ трехъ случаяхъ желчнаго гипертрофическаго цирроза намъ пришлось наблюдать рѣзкое уменьшеніе огромной селезенки тотчасъ послѣ дѣйствія каломеля.

облегчить работу сердца; работа почекъ также должна облегчиться вслѣдствіе уменьшенія асцита. При болѣзняхъ сердца проф. Nothnagel назначаетъ каломель, придерживаясь системы, указанной проф. Захарьинымъ: 3—4 дня подъ рядъ по IX—XII гранъ pro die; если больнаго не слабитъ, то даетъ касторовое масло. Если послѣ четырехдневной дачи не наступаетъ мочегоннаго дѣйствія, то на 6—8 дней отдыхъ, а затѣмъ снова каломель тѣмъ же порядкомъ. Если послѣ второй дачи каломеля не получается никакого эффекта, то на успѣхъ, по заявленію проф. Nothnagel'я, нельзя уже разсчитывать.

Профессоръ Захарьинъ также неоднократно видѣлъ пользу отъ каломеля при водянкахъ сердечнаго происхожденія, особенно при одновременномъ участіи печени.

*8. **Крупозная пневмонія.*** —Лѣченіе крупозной пневмоніи каломелемъ, насколько намъ извѣстно, за послѣдніе пять лѣтъ, послѣ сообщенія проф. Захарьина, у насъ въ Россіи примѣняется большинствомъ врачей. Выше приведено, что черезъ полтора года послѣ сообщенія проф. Захарьина въ Московскомъ Физико-Медицинскомъ Обществѣ д-ръ Посадскій, подъ наблюденіемъ проф. Боткина, лѣчилъ рядъ случаевъ крупознаго воспаленія легкихъ параллельно каломелемъ и антипириномъ, и результатъ былъ въ пользу каломеля. Въ 1888 году (The medical Record. 1888, 8 сентября) въ англійской литературѣ появилась горячая рекомендація каломеля при крупозной пневмоніи со стороны д-ра James Manus'а. Также какъ и проф. Захарьинъ, онъ наблюдалъ при этой болѣзни, подъ вліяніемъ каломеля, пониженіе температуры, частоты пульса и дыханія и ускоренное наступленіе кризиса.

9. Что касается инфекціонныхъ болѣзней, то въ сообщеніи проф. Захарьина даны точныя указанія, въ какихъ именно случаяхъ ***брюшнаго тифа*** и ***рожи лица*** и въ какомъ періодѣ этихъ болѣзней полезенъ каломель.

Въ заключенiе не можемъ не прибавить, что, изучая литературу каломеля за послѣднiе четыре года, мы не могли избавиться отъ того впечатлѣнiя, что вновь появилось увлеченiе этимъ средствомъ,—увлеченiе, которое, конечно, можетъ только повредить возстановленной доброй славѣ каломеля.

ЛИТЕРАТУРА.

1875—1885.

За исключенiемъ рекомендацiи каломеля при возвратной горячкѣ (что однако не привилось къ практикѣ), говорится только о каломелѣ при сифилисѣ и дѣтскихъ болѣзняхъ.

1884.

Сообщенiе проф. Захарьина въ Московскомъ Физико-Медицинскомъ Обществѣ и краткiе отчеты о немъ въ русскихъ журналахъ.

1885.

Захарьинъ.— Каломель при гипертрофическомъ циррозѣ печени и вообще въ терапiи. Москва.

Sacharjin.— Das Calomel bei der Behandlung der hypertrophischen Lebercirrhose und in der internen Therapie im Allgemeinen.—Zeitschrift für klinische Medicin. Bd IX. Heft 6.

1886.

Jendrassik.—Das Calomel als Diureticum.—Deutsch. Arch. f. klin. Medic. Bd. 38, H. 6, S. 499.

Stiller, Prof. — Ueber Calomel bei Herzkrankheiten.— Wiener medic. Wochenschr. № 28.

Terray. — Beiträge zur diuretisch. Wirkung des Calomels.—Orvosi Hetilap №№ 28, 31, 32 (Нѣм. рефер. въ Centralbl. f. kl. Med. 1887, № 43).

Collins, F. H.—Calomel as a diuretic.—The medical Chronicle, July, p. 310.

Wollf, Jul.— Обстоятельное изложенiе сообщенiя проф. Захарьина.— Deutsche medic. Wochenschrif. № 42, S. 744.

Posadsky.— Antipyrin bei croupöser Pneumonie. — Deutsche med. Wochenschr. № 37, S. 636; № 38, S. 660.

Mendelsohn.— Calomel als Diureticum bei Herzkrankheiten.— Deutsche Med. Wochenschr. № 45, S. 796.

Голубовъ.— Нѣсколько словъ по поводу ученія о циррозахъ печени.— „Врачъ“, № 39.—Описанъ вкратцѣ случай желчнаго гипертроф. цирроза, лѣченный каломелемъ по способу проф. Захарьина.

1887.

Nothnagel uud Rossbach.— Handbuch der Arzneimittellehre. *Sechste Auflage.* S. 221—222.

Eichhorst.—Handbuch der speciell. Pathologie und Therapie. Bd. II. *Dritte Auflage.* S. 390—391.

Rosenheim. – Zur Kenntniss der diuret. Wirkung der Quecksilberpräparat.— Deutsche med. Wochenschr. №№ 16, 17, S. 325 und 354.—Эта статья была читана Rosenheim'омъ въ „Verein f. innere Medicin“, въ засѣданіи 7 марта 1887 года.

Prof. Leyden, по поводу вышепривед. сообщенія Rosenheim'а изложилъ свои личныя наблюденія.—Deutsche med. Wochenschr. № 17, S. 356, 357.

Fürbringer, по поводу того же сообщенія.—Ibid. № 17, S. 357.

Fürbringer—Vortrag zur sogenannte Abortivbehandlung des Unterleibstyphus. Verein f. innere Medicin, Sitzung 7 Marz, Discussion 21 Marz (Отчеты о сообщеніи помѣщены въ Deutsche med. Wochenschr. и Berlin. klin. Wochenschr. за 1887 годъ).

Meyjes.—Calomel als Diureticum.—Deutsche med. Wochenschr. № 35, S. 768. (Изъ клиники проф. *Pel'я* въ Амстердамѣ).

Biro. — Calomel als Diureticum bei Herzkrankheiten. — Pester med. chir. Presse. № 10.

Cohn.—Klinisch-experimentelle Untersuch. über die diuret. Wirkung des Calomel —Dissert. Berlin.

Weinstein.—Calomel als Diureticum.—Wien. med. Blätter, №№ 6, 7, S. 169,206. (Изъ клиники *Drasche.*)

Longuet, R. — Du calomel comme diurétique dans les maladies du coeur.—Union méd. № 12.

Brugnatelli.— Il Calomelano quale diuretico.—Annali Univ. di med., p. 38.

Corradi, A.— Alcuni ricordi ai mercuriali riguardati come antidropici. — Ibid. p. 60.

Orioli.— Di una nuova indicazione terapeutica de Calomelano.—Gazz. med. di Roma, 289—295.

Hull.— So called anticeptic action of calomel when given in large doses.— Therap. Gaz. Sept. p. 656. (Сообщ. на Вашингтонскомъ мед. конгрессѣ).

Gebhardt.— Pest. med.-chir. Presse № 17.

Stiller.— Wiener Klinik, Heft 8.

Bieganski.— Мочегонное дѣйствіе ртутныхъ препарат.—Gazeta lekarska. №№ 18—21. (См. литератур. 1888 года).

Bruner.—О мочегонн. дѣйствіи каломеля при болѣзн. сердца.—Ibid., № 40.

Eichhorst.— Ueber moderne Herzmittel. Vortrag vor d. Aerzteversammlung in Zürich. 8 November.

1888.

Stintzing.— Ueb. d. diuret. Wirkung des Calomels.—Münchener med. Wochenschr. № 1. (См. ниже).

Nothnagel.—Behandlung der Herzkrankheiten. Русск. перев. стр. 18 и 19.

Nothnagel.—Calomel als Diureticum. Therap. Monatshefte. Mai.

Silva.—Sul meccanismo dell'azione diuret. del Calomelano.—Archivio med. № 3, S. 503.

Silva.—Ueber den Mechanismus der diuret. Wirkung des Calomels.—Centralb. f. klin. med № 19.

Оболенскій, профес.— Каломель при гипертроф. циррозѣ печени маляріинаго происхожденія.—Мед. Обозр., № 15.

Игнатьевъ.—О мочегонномъ дѣйствіи каломеля. Мед. Обозр., № 15.

Ignatiew.—Ueber die diuret. Wirkung des Calomel.—S.-Peters. med. Woch. № 44, S. 377.

Schwass.— Calomel und Digitalis bei Ascites in Folge von Lebercirrhose.—Berlin. klin. Wochenschr. № 38.

Bieganski.— Ueber die diuret. Wirkung der Quecksilberpräparate.—Deutsches Archiv f. klin. Med. Bd. 43. Heft 3. (См. литер. 1887 года).

Stintzing.— Klinische Beobachtungen ueber Calomel als Diuret. und Hydragogum (изъ клиники Ziemssen'a). — Deutsch. Arch. f. kl. Med. Bd. 43. Heft 3.

Senator.—Ueber Icterus. - Berliner Klinik. Heft 1.

Дохманъ.—Лѣченіе чахотки каломелью (sic!).—Русск. Медицина, №№ 37, 38, 39.

Синайскій.—Случай гипертроф. цирроза печени у ребенка.—Русск. Медицина, № 40.

James M. Manus—The Medical Record, 8 Septemb. (О каломелѣ, какъ абортивномъ средствѣ при pneumonia croup.).

Terray. —(См. выше литер. 1886 года). Calomel bei Hydropsien.—Pester med.-chir. Presse, № 41.—Wien. med. Presse, № 50, S. 1817.

Martell. — Prager med. Wochenschr., № 25. (Говорится о лѣченіи каломелемъ бугорчатки вообще и въ частности—бугорчатки кишекъ).

Smit. — О каломелѣ при холерѣ.—Wiener med. Presse, № 28.

Rosenheim.—Experimentelles zur Theorie der Quecksilberdiurese.—Zeitsch. f. klin. Med. Bd. XIV, S. 170.

Jones.—Mercury as a diuretic.—Brit. Journ. Sept. 22, p. 660.

Auld.—Calomel as a diuretic in cardiac dropsy.—Lancet Sept. 32, p. 560.

Snyers, Paul.—De l'emploi du calomel comme diuretique. Liége.

Бушуевъ.—Каломель при водянкахъ и полостныхъ выпотахъ. Диссерт. СПБ.

1889.

Захарьинъ.—Каломель при гипертр. циррозѣ печени и вообще въ терапіи. *Изданіе второе*, дополненное новыми наблюденіями (каломель при болѣзняхъ кишекъ, почекъ и сердца) и статьей Н. Ѳ. Голубова: „Лѣченіе каломелемъ въ настоящее время“.

G. Sée.—Le Calomel dans les hydropisies cardiaques.—La Semaine médicale, № 4.

J. Pal.—О мочегонномъ дѣйствіи каломеля.—Centr. f. die ges. Ther. № 2.

Kohn.—Каломель при асцитѣ вслѣдствіе цирроза печени.—Ibid.

Martell.— (См. литер. 1888 г.) Wien. med. Wochenschr. № 17, 18.

Schlieper.— Каломель при асцитѣ вслѣдств. цирр. печени. — Deutsche med. Woch. № 14.

Pieragnoli.— Il calomelano nella polmonite.—Sperimentale, № 7.

Wiesner.— Zur diuret. Wirkung des Calomels. — Med.-Chir. Centralb., Wien, XXIV. 529.

Forslund. — Вліяніе каломеля на смертность при инфекц. болѣзняхъ. Eira, Stockholm, XIII, 567—575.

Захарьинъ.—Каломель при гипертр. циррозѣ печени и вообще въ терапіи. *Изданіе третье.*

Sacharjin.— Klinische Abhandlungen. Berlin. Verlag von A. Hirschwald.

Nothnagel.—Klinische Vorlesungen zur Pathologie und Therapie der Lebercirrhose.—Internat. Klinische Rundschau № 49—50.

1890.

Fackler.—Calomel as a diuretic.—J. Am. M. Ass. Chicago. XV, 233—236.

Gilbert.— De la curabilité et du traitement des cirrhoses.—Gaz. hebd. de méd. p. 184—186.

Шапиро.—Къ вопросу о предсказаніи при циррозѣ печени.—„Врачъ“ стр. 1047—1049.

Hanot et Gilbert.— De la cirrhose alcoolique hypertrophique.—Bull. de la Société méd. des hopitaux de Paris. № 18, p. 509.

Газе.—Современное состояніе вопроса о гипертрофическомъ циррозѣ печени.—„Практическая Медицина“, стр. 126.